



Universidade do Minho
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Eleonora Cunha Veiga Costa

**Avaliação da Eficácia Relativa de Duas
Intervenções Psicoeducativas Dirigidas
à Prevenção da SIDA e Promoção da
Saúde em Mulheres com Risco para o
VIH**

**Dissertação de Doutoramento em
Psicologia da Saúde apresentada na
Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia
Departamento de Psicologia**

Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Teresa Mendonça McIntyre

Outubro de 2006

RESUMO

Este estudo teve como objectivo testar a eficácia relativa de duas intervenções psicoeducativas dirigidas à prevenção da SIDA e promoção da saúde em mulheres com risco para o VIH: uma de carácter informativo (Intervenção Didáctica) e outra que engloba, além da informação, o treino de um conjunto de competências sociais, cognitivas e comportamentais, consideradas importantes para a prevenção do VIH (Intervenção ACCENT, isto é, capacidade acelerada para a exposição a conflitos e treino de negociação/resolução de conflitos). Estas intervenções estão integradas num programa compreensivo de prevenção da SIDA intitulado “Prevenção da SIDA nas Mulheres Portuguesas de Risco”, programa apoiado pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA através do Projecto ADIS (0045/03), que decorreu no ano de 2004. A concepção destas intervenções baseou-se nos projectos de investigação desenvolvidos na *Kent State University* por Stevan E. Hobfoll e a sua equipa com o apoio do NIMH (*National Institute of Mental Health*), do PASHA (*Program Archive on Sexuality, Health and Adolescence*) e do *US Office of Population Affairs*. A intervenção ACCENT enfatizou as competências de negociação em situações de pressão, transmitindo em simultâneo, conhecimentos sobre o sexo seguro e os comportamentos de risco, competências de comunicação, nomeadamente, a assertividade relativamente ao companheiro, usando técnicas de mudança comportamental (e.g., ensaio cognitivo, *role-play*). A Intervenção Didáctica focou-se na transmissão de conhecimentos básicos acerca de factores de risco para a aquisição do VIH e sua prevenção nas mulheres, tal como nos mitos e epidemiologia sobre o VIH. O desenho do estudo é do tipo *randomized controled trial*, com dois grupos experimentais (abordagem ou intervenção didáctica/informativa *standard* e intervenção ACCENT) e um grupo de controlo, e tem carácter longitudinal com 4 momentos de avaliação (pré-teste, pós-teste, seguimentos de 3 e 6 meses). Ambas as intervenções foram implementadas na Consultada de Apoio à Sexualidade Juvenil que decorre no Instituto Português da Juventude, Delegação Regional de Braga. Procedeu-se à randomização cega para as duas intervenções mas não para o grupo de controlo. Procedeu-se à selecção da amostra através da amostragem aleatória estratificada proporcional pela variável classe etária (Bryman & Cramer, 2003), consistindo esta em 177 jovens com uma média de 20 anos de idade. Os instrumentos utilizados consistem na adaptação portuguesa do *Women's Health Study*

Questionnaire, tendo sido examinadas as suas características psicométricas na amostra em estudo. As variáveis de resultado incluem o bem-estar/saúde mental depressão, auto-estima e perturbação de *stress* pós-traumático (abuso sexual na infância e na idade adulta), as variáveis sociais e cognitivas de auto-eficácia geral, auto-eficácia na negociação do preservativo, o conhecimento sexual (transmissão e prevenção do VIH), percepção de risco (pessoal, comunitário, no parceiro), barreiras face ao sexo seguro, a perda de recursos (sociais, de tempo, condições domésticas e financeiros) e o suporte social, e as variáveis de comportamento actividade actual (intenção e compra do preservativo), uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais, auto-relato de DSTs, e uso de álcool e drogas. A hipótese 1 previa melhores resultados a curto prazo para os grupos de intervenção (GEs) a nível das variáveis de bem-estar/saúde mental, sociais e cognitivas, e de comportamento avaliadas comparativamente ao G.C (sem intervenção). A hipótese 2 previa melhores resultados para o grupo ACCENT nas variáveis avaliadas relativamente ao grupo Didáctico. A hipótese 3 previa a manutenção dos ganhos obtidos ao longo do tempo no seguimento de três e seis meses. Foram ainda realizadas análises exploratórias sobre a influência das variáveis sócio-demográficas (idade, nível de escolaridade, religiosidade) na eficácia das intervenções ACCENT e Didáctica. A hipótese 1 foi confirmada para uma grande parte das variáveis sociais e cognitivas e para o uso do preservativo. A hipótese 2 foi confirmada para a uma grande parte das variáveis sociais e cognitivas (percepção de risco na comunidade, barreiras face ao sexo seguro e suporte social) e de comportamento (uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais), indicando superioridade da intervenção ACCENT. Os resultados do teste da hipótese 3 confirmam a manutenção dos ganhos pós-intervenção nas variáveis sociais e cognitivas, e de comportamento, com excepção da depressão, baixa auto-eficácia percebida na comunicação e o suporte social. Os principais moderadores das intervenções a curto e médio prazo foram a idade e a educação, tendo as mulheres mais novas e com menor escolaridade beneficiado mais das intervenções. Foram discutidas as limitações do estudo em termos da sua validade interna e externa. Finalmente foram discutidas as implicações dos resultados em termos de investigação futura e do desenvolvimento e avaliação de programas de prevenção do VIH na população feminina.

ABSTRACT

This study tested the efficacy of two AIDS prevention interventions in women with risk for HIV: an education-based intervention about HIV transmission and prevention (Didactic intervention), and the other a competency-based intervention which includes training in social, cognitive and behavioural skills considered important for HIV prevention (ACCENT intervention, accelerating capacity for conflict exposure negotiation training). These interventions are integrated in a comprehensive AIDS prevention program for women entitled: “AIDS Prevention in Portuguese Women at Risk”, supported by the Portuguese AIDS Commission and funded by the ADIS Project (0045/03) that took place in the year 2004. The interventions were based on the research developed at Kent State University by Stevan E. Hobfoll and his team with the support of NIMH (National Institute of Mental Health), PASHA (Program Archive on Sexuality, Health and Adolescence) and US Office of Population Affairs. The ACCENT intervention emphasized the education about safer sex and sexual risk, negotiation skills training, namely assertiveness with the sexual partner, using behaviour modification techniques (e.g., cognitive rehearsal, role-play). The Didactic intervention focused on the enhancement of knowledge about safer sex and sexual risk, including the discussion of myths and epidemiology of HIV. The study is a randomized control trial, with two experimental groups (Didactic and ACCENT) and a control group, and a longitudinal design with four evaluation times (pre and post-test and follow-ups at 3 and 6 months). Both interventions were implemented at the Youth Sexuality Consult that takes place at The Portuguese Institute for Youth, Braga Delegation. There was blind randomization of subjects by the two interventions but not for the control group. The sample was randomly selected using stratification by age. 177 young women with mean age of 20 participated in the study. The measures used are the Portuguese versions of the “Women’s Health Study Questionnaire”, which were evaluated in terms of their psychometric characteristics in the present sample. The outcome variables included measures of well being/mental health such as depression, self-esteem, and post-traumatic stress disorder, social and cognitive variables, such as general perceived self-efficacy, self-efficacy condom negotiation, sexual knowledge (HIV transmission and prevention), risk perception (personal, community and partner), barriers against safer sex, loss of resources (social, time, domestic conditions, financial) and social support,

and behavioural variables of current sexual activity (intention to use and buy condoms), condom use in the last four sexual acts, self-reported STDs, and alcohol and drug use. Hypothesis 1 predicted better short term results for EGs on well being/mental health, social and cognitive, and behaviour outcome variables in comparison to the control group (no intervention). Hypothesis 2 predicted better short term results for the ACCENT group in the outcome variables assessed in comparison to the Didactic group (information only). Hypotheses 3 predicted the long term maintenance of the gains at 3 and 6 month follow-up. Exploratory analyses were conducted on the impact of the socio-demographic variables (age, education and religious involvement) on the efficacy of the interventions. Hypothesis 1 was confirmed for the majority of the social and cognitive variables, and for condom use. Hypothesis 2 was confirmed for most of the social and cognitive variables (community risk perception, barriers against safer sex and social support), and behaviour variables (condom use in the last four sexual encounters). The results of testing hypotheses 3 confirm the maintenance of post-intervention gains over time (6 months follow up) in social, cognitive, and behaviour variables, with the exception of depression, low perceived self-efficacy communication, and social support. The main short term and long term moderators of the interventions were age and education, with younger and less educated women benefiting more from the interventions. The limitations of both studies were discussed concerning their internal and external validity. Finally, the implications of the results for both theory and practice were discussed. Future research topics were discussed in terms of the development and implementation of HIV prevention intervention programs for women.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Teresa McIntyre, minha orientadora, por ter acreditado nas minhas capacidades de trabalho, por me ter guiado num processo de aprendizagem de excelência, por me ter apoiado de modo incondicional em todo o percurso académico realizado, e por, acima de tudo ser uma profissional excepcional com valores humanos.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia, pelo apoio prestado através da bolsa de doutoramento de que usufruí desde o ano de 2002 até 2005, em regime de exclusividade total, e pela confiança que depositou neste projecto de doutoramento.

À CNLCS, pelo apoio prestado na recolha final dos dados e pela confiança que depositou neste estudo.

A todos os investigadores que partilharam os seus conhecimentos no âmbito da prevenção do VIH na população feminina. O meu sincero agradecimento ao Professor Doutor Stevan Hobfoll pelo acolhimento, pela partilha de experiências e pela oportunidade de trabalhar como *Research Assistant* no *Women's Health Empowerment Project*, permitindo a adaptação do Programa para a população feminina portuguesa. Ao Jeremy Schumm, à Litsa, à Sarah, à Lisa, à Michelle e aos restantes membros da equipa de investigação que sempre estiveram disponíveis para me ajudarem nas reuniões de trabalho realizadas nos EUA.

Ao Instituto Português da Juventude, Delegação Regional de Braga, em especial àqueles que permitiram e ajudaram na implementação do Projecto entre o ano de 2002 e 2005. Os meus agradecimentos vão em particular para o Dr. Manuel Barros por permitir e apoiar o início do projecto e aos restantes funcionários do IPJ, que sempre estiveram disponíveis para ajudar. Um agradecimento especial e pessoal, de profunda gratidão, ao Dr. Rolando Silva, pela incansável colaboração prestada em todas as fases da realização deste trabalho.

Às mulheres que participaram neste estudo, sem a sua participação este projecto não teria sido uma realidade. A todos os profissionais de saúde que colaboraram e continuam a colaborar na prevenção do VIH na população feminina.

Aos serviços de documentação e difusão de informação da biblioteca da Universidade do Minho, em particular ao Dr. Eduardo Cardoso pela preciosa ajuda na pesquisa de artigos e respectivo envio.

Ao Departamento de Psicologia da Universidade do Minho e ao Instituto de Educação e Psicologia, em especial aos profissionais que me ajudaram.

À Univeridade do Minho, que permitiu o realizar de uma etapa da minha vida profissional.

À minha mãe, irmão, amigos e família Cunha, por todo o apoio e admiração que sempre demonstraram neste meu percurso profissional. Às minhas queridas amigas Aida, Alexandra e Mariana, que sempre me incentivaram e apoiaram em todas as grandes decisões da minha vida. Ao Nuno, pelo equilíbrio, afecto e amizade.

ÍNDICE

Resumo

Abstract

Agradecimentos

Índice

Lista de Figuras

Lista de Quadros

Introdução Geral

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I – Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde nas Mulheres Portuguesas

1. O Sexo como Risco para a Saúde	31
1.1 O Sexo como Risco no Contexto de DSTs /VIH e SIDA	31
1.2 As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs):	32
1.2.1 Epidemiologia	32
1.2.2 Manifestação e Modo de Ocorrência	33
1.2.3 Classificação das DSTs	34
1.2.4 A SIDA	35
1.3 A Importância do foco na Mulher: As Mulheres e a SIDA	40
1.4 Factores Biopsicossociais de Risco para a Aquisição de DSTs/VIH nas Mulheres	42
 2. Variáveis Psicossociais Associadas à Prevenção do VIH nas Mulheres	45
2.1 A Importância do Uso Consistente do Preservativo na População Feminina	45
2.2 Preditores do Uso do Preservativo nas Mulheres e Correlatos do Comportamento Sexual de Risco	52
2.2.1 Factores de Risco Sócio-Económicos	53
2.2.1.1 A Pobreza	53
2.2.1.2 A Situação Laboral	55
2.2.1.3 A Pertença a Minorias Étnicas	56
2.2.1.4 A Idade e o Estado Civil	57
2.2.1.5 O Nível de Escolaridade	58

2.2.2 Factores de Risco Comportamentais e Psicossociais	59
2.2.2.1 A Vitimização	59
2.2.2.2 A Relação, o Processo de Negociação e o Papel de Género	66
2.2.2.3 Problemas de Saúde Mental	75
2.2.2.4 História de Cárcere e Prostituição	80
2.2.3 Factores de Risco Sócio-Cognitivos	84
2.2.3.1 Conhecimentos sobre o VIH	84
2.2.3.2 Crenças e competências relacionadas com as práticas de sexo seguro	85
2.2.3.3 Auto-eficácia	90
2.2.4 Factores Sócio-Culturais	94
2.2.4.1 Normas Sociais e Culturais	94
2.2.4.2 Influências Familiares	96
2.2.5 Conclusão e Reflexão Crítica sobre os Factores de Risco para a Aquisição do VIH nas Mulheres	98
 Capítulo II – Modelos de Mudança de Comportamento	101
2.1 Modelos de Mudança de Comportamento	103
2.1.1 Introdução	103
2.1.2 A Teoria Sócio-Cognitiva	107
2.1.3 O Modelo de Crenças de Saúde	119
2.1.4 A Teoria da Acção Racional	130
2.1.5 A Teoria do Comportamento Planeado	143
2.1.6 O Modelo Transteórico	152
2.2 Modelos Específicos de Mudança do Comportamento Sexual de Risco	165
2.2.1 O Modelo de Informação – Motivação – Competências Comportamentais	165
2.2.2 O Modelo de Redução do Risco da SIDA	176
2.2.3 Comparação e Crítica dos Modelos Apresentados	193

Capítulo III – Programas de Intervenção: A Prevenção do VIH nas Mulheres heterossexuais sexualmente activas	197
3.1 Introdução	199
3.2 As Intervenções Educativas Breves	202
3.3 As Intervenções em Grupo	210
3.4 As Intervenções ao Nível Comunitário	229
3.5 Estudos que Comparam as Abordagens Teóricas das Intervenções	231
3.6 Estudos Avaliados com Resultados Biológicos	240
3.7 Problemas Metodológicos	248
3.8 Conclusão	250

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Capítulo IV – Metodologia	259
4.1 Objectivos e Tipo de Estudo	262
4.2 Hipóteses	263
4.3 Variáveis Estudadas	265
4.3.1 Variáveis Independentes	265
4.3.2 Variáveis de Resultado	265
4.3.3 Variáveis Sócio-demográficas	266
4.3.4 Variáveis Clínicas	266
4.4 Procedimento de Recolha de Dados	267
4.4.1 Breve Descrição das Intervenções de Prevenção do VIH Implementadas	270
4.5 População e Amostra	272
4.5.1 Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra	274
4.5.2 Caracterização Clínica da Amostra	277
4.6 Instrumentos de Avaliação	281
4.6.1 Questionário Sócio-Demográfico e Clínico	282
4.6.2 Questionário da Auto-eficácia na Negociação do Preservativo	283
Características Psicométricas na Amostra em Estudo	283
4.6.3 Questionário da Conservação de Recursos (COR-E)	286
Características Psicométricas na Amostra em Estudo	289
4.6.4 Escala de Depressão do Centro de Estudos	

Epidemiológicos (CES-D)	301
Características Psicométricas na Amostra em Estudo	306
4.6.5 Escala de Auto-Eficácia Geral	311
Características Psicométricas na Amostra em Estudo	314
4.6.6 Escala de Suporte Social	318
Características Psicométricas na Amostra em Estudo	321
4.6.7 Escala de Conhecimento sobre a Transmissão e Prevenção do VIH	325
Características Psicométricas na Amostra em Estudo	327
4.6.8 Questionário do Comportamento Sexual Passado	331
4.6.9 Atitudes e outros comportamentos relacionados com a SIDA	334
4.6.10 Escala de Percepção de Comportamento de Risco do Parceiro para o VIH	336
Características Psicométricas na Amostra em Estudo	336
4.6.11 Escala de práticas sexuais seguras actuais	339
Características Psicométricas na Amostra em Estudo	340
4.6.12 Controlo da Natalidade	342
4.6.13 Questionário de Barreiras: razões para não praticar sexo seguro	342
Características Psicométricas na Amostra em Estudo	345
4.6.14 Comportamentos de Risco	
Marcadores de DSTs e VIH	349
Questionário sobre o Uso de Álcool e Drogas	349
4.6.15 Escala de Auto-Estima	350
Características Psicométricas na Amostra em Estudo	352
4.6.16 Escala de auto-relato de sintomatologia de PTSD (PSS-SR)	356
Características Psicométricas na Amostra em Estudo	358
4.6.17 Questionário de abuso sexual na idade adulta	359
4.6.18 Questionário de Trauma Infantil	359
4.7 Procedimentos Estatísticos	366
 Capítulo V – Apresentação dos Resultados	 371

5.1 Resultados da Equivalência dos Grupos no Pré-Teste.....	375
5.2 Resultados do Teste de Hipóteses	384
5.2.1 Eficácia a curto prazo dos Programas ACCENT e Didático relativamente ao Grupo de Controlo	384
5.2.2 Eficácia Relativa do Programa ACCENT e Didático	406
5.2.3 Efeitos a Longo Prazo das Intervenções (seguimentos de 3 e 6 meses): Comparação dos Grupos Didática, ACCENT e Controlo	413
5.3 Resultados das Análises Exploratórias	438
5.3.1. Efeitos a Curto Prazo	438
5.3.2. Efeitos a Longo Prazo	452
Capítulo VI – Discussão dos Resultados e Conclusão	469
6.1 Discussão dos Resultados	471
6.2 Análise da Eficácia Relativa das Intervenções	472
6.2.1 Eficácia a curto prazo dos Programas ACCENT e Didático relativamente ao Grupo de Controlo	472
6.2.2 Eficácia Relativa do Programa ACCENT e Didático	485
6.2.3 Efeitos a Médio e Longo Prazo das Intervenções (seguimentos de 3 e 6 meses): Comparação dos Grupos Didática, ACCENT e Controlo	493
6.3 Discussão dos Resultados das Análises Exploratórias	503
6.4 Limitações do Estudo	510
Capítulo VII – Conclusão Integrativa e Implicações Futuras	515
Bibliografia	529

Lista de Figuras

Figura 1: A aplicação da Teoria Sócio-Cognitiva ao uso do preservativo	109
Figura 2: Elementos básicos do Modelo de Crenças de Saúde	122
Figura 3: Elementos básicos da Teoria da Acção Racional aplicada ao uso do preservativo	132

Figura 4: Teoria do Comportamento Planeado	145
Figura 5: Exemplo do Modelo Transteórico aplicado ao uso do preservativo	153
Figura 6: Definições e Exemplos dos Processos de Mudança para o Sexo Seguro do Modelo Transteórico	156
Figura 7: Os três determinantes fundamentais da prevenção do VIH/SIDA no Modelo de Informação – Motivação – Competências Comportamentais	166
Figura 8: A abordagem do Modelo de Informação – Motivação – Competências Comportamentais na promoção do comportamento preventivo	170
Figura 9: Esquema dos estádios do Modelo de Redução de Risco da SIDA	178
Figura 10: Proposta de Modelo de Mudança de Comportamento a Curto Prazo no Grupo ACCENT	492

INTRODUÇÃO GERAL

Introdução Geral

Em Portugal, à semelhança de outros países desenvolvidos e sub-desenvolvidos, o VIH/SIDA é prevalente, sendo responsável por 24.776 casos de infecção nos diferentes estádios de infecção e conseqüente mortalidade (Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis - CVEDT, 2004). De acordo com Teixeira (1996; p. 367), o foco no género sexual feminino “relaciona-se com o facto da infecção pelo VIH/SIDA ser actualmente a ameaça maior para a saúde das mulheres”, apesar da escassa literatura científica com referência às mulheres no âmbito da prevenção.

A intervenção na problemática da saúde psicossocial da mulher em Portugal é pertinente, dado que as mulheres portuguesas representam na actualidade cerca de 21% dos casos oficialmente notificados de VIH/SIDA, encontrando-se numa situação muito vulnerável face ao VIH e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis - CVEDT, 2001, 2003, 2004). Contudo, existem poucos estudos sobre os factores de risco na mulher portuguesa para que possam ser desenvolvidas intervenções preventivas de eficácia nesta população. Os factores de risco investigados são aqueles que a literatura tem mencionado (por exemplo, a procura de cuidados para doenças sexualmente transmissíveis, a existência de múltiplos parceiros sexuais, a utilização de drogas endovenosas, etc.). Apesar de algumas estratégias terem sido adoptadas para a prevenção do VIH/SIDA, existem também poucos estudos sobre a sua eficácia, especialmente do ponto de vista dos comportamentos alvo (e.g., uso do preservativo) e das variáveis psicossociais associadas a estes (conhecimento sobre o VIH, relação com o parceiro, recursos individuais e sociais, etc.).

Existe pouca investigação realizada em Portugal relacionada com os factores de risco (e.g., Cláudio, Pereira, & Robalo, 1994; Cruz e col., 1997) nos adolescentes e jovens adultos. Numa revisão da literatura, McIntyre (2002) afirma que os estudos realizados confirmam “alguma falta de conhecimentos relativamente à etiologia e desenvolvimento do VIH, à epidemiologia e sinais da síndrome” (p. 149). Adicionalmente, verifica-se que os estudantes universitários portugueses apresentam uma elevada prevalência de relações sexuais não protegidas (e.g., Cruz e col., 1997). A subvalorização do risco no contexto da relação amorosa é uma das razões apontadas para estes comportamentos de risco. Estes dados estão de acordo com os estudos estrangeiros que confirmam a disparidade existente entre o nível de conhecimentos

sobre o VIH (conhecimento) e a prática de sexo seguro (comportamento), assim como a tendência dos adolescentes e jovens para se perceberem como de baixo risco em termos de contrair o VIH. Nesta perspectiva, o componente educativo (informação) nos programas de prevenção primária da SIDA parece fundamental. No entanto, o factor de aprendizagem de competências comportamentais (comportamento) também tem sido considerado crucial na aquisição dos conhecimentos (Hobfoll, Jackson, Lavin, Vicinizam, & Niego, 1996).

O corpo de investigação actual existente nesta área reconhece que os factores de risco relacionados com o VIH são multifactoriais, variando de acordo com o género. Por exemplo, nas mulheres dividem-se em várias categorias: biológicos, económicos, sociais e culturais (UNAIDS *point of view*, October 1997). O'Leary e Wingood (2000) especificam estes factores de risco considerando variáveis distintas que integram as crenças, as atitudes, a auto-eficácia, variáveis relacionadas com o parceiro sexual e com a gravidez, variáveis sócio-demográficas, culturais, o álcool e drogas, a saúde mental e o preservativo feminino.

Em relação aos factores psicossociais de risco, a literatura científica mais recente salienta o papel dos factores psicológicos, nomeadamente a história de abuso sexual na infância e idade adulta (Hobfoll, Bansal, Schurg, Young, Pierce, Hobfoll, & Johnson, 2002). Diversos estudos salientaram a importância de determinadas variáveis não modificáveis, para a tomada de risco como a idade e o género. Além destes factores de risco, outros autores consideram ainda variáveis que incluem o comportamento sexual passado, as práticas sexuais actuais, o abuso de álcool/drogas, o conhecimento sexual, a perturbação de stress pós-traumático, a depressão, a auto-eficácia, a eficácia comunitária, a auto-estima, o apoio social e a conservação de recursos (Hobfoll, 2000). Os resultados sugerem a necessidade de identificar os preditores de comportamento sexual de risco para prevenir o VIH/SIDA.

Em termos de género, a investigação sobre o VIH/SIDA tem demonstrado a existência de diferenças entre homens e mulheres, no que diz respeito aos factores de risco e acções preventivas, tal como é defendido pela Teoria do Género e do Poder (Wingood & DiClemente, 2002). Por exemplo, em termos biológicos e anatómicos, existem diferenças que podem influenciar o risco das mulheres face ao VIH: as mulheres são o parceiro receptor na relação sexual.

Os programas de prevenção primária da SIDA realizados nos E.U.A (e.g., Belcher, Kalichman, & Topping, 1998; *The NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group*, 1998; Sikkema, Kelly, Winett, et al., 2000; Straub, 2002) têm tido sucesso e apresentam características comuns, como o envolvimento comunitário (os *media*, encontros nas autarquias, *workshops*, serviços de atendimento telefónico) no sentido de fornecer informação e mudar as normas de grupo, assim como o treino de competências pessoais (por exemplo, treino de assertividade, gestão comportamental), e o aumento do apoio social. Estes programas conseguiram um aumento de conhecimentos sobre a SIDA e uma redução de comportamentos de risco (McIntyre, 2002).

Subjacente à investigação realizada no domínio do VIH na mulher, sobressaem um conjunto de modelos que explicam os comportamentos de risco. Esta evolução foi possível partindo do modelo holístico proposto por Engel (1977), no qual a saúde e a doença são processos dinâmicos determinados por uma multicausalidade. Assim, os factores biológicos, psicológicos e sociais devem ser considerados na compreensão da etiologia, na prevenção e diagnóstico da doença. Trata-se de uma abordagem que ilustra o modelo Biopsicossocial que constitui a fundamentação para a ciência e prática da Psicologia da Saúde (McIntyre, 1994). Já Matarazzo (1980) definia a Psicologia da Saúde como “um agregado de contribuições educacionais, científicas e profissionais da disciplina psicológica para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e, ainda, de identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos de saúde, doença e disfunções psicológicas relacionadas” (p.807). Deste modo, um dos objectivos da Psicologia da Saúde é contribuir para que os sujeitos incluam no desenvolvimento do seu projecto existencial um conjunto de atitudes e comportamentos que visem a promoção da sua própria saúde e prevenção das doenças.

No âmbito das teorias da mudança de comportamentos de risco, existe na literatura uma reflexão sobre os modelos de redução do risco comportamental utilizados para compreender os comportamentos sexuais de risco. Não obstante, esta reflexão não tem tido em consideração o género feminino, nem um conjunto de factores contextuais sociais. Considerando as lacunas anteriormente mencionadas, Fisher e Fisher (2000) efectuaram uma revisão de sete modelos de mudança de comportamento sexual de risco face ao VIH (e.g., o Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais) que integram uma multiplicidade de componentes. Também Wingood e DiClemente (2002) consideram a Teoria do Género e do Poder para explicar a susceptibilidade feminina face ao VIH numa perspectiva mais social.

As lacunas existentes na investigação e na prática encontram-se bem documentadas na literatura (DiClemente, 2000; Logan, Cole & Leukefeld, 2002; O'Leary, 1999; O'Leary & Wingood, 2000; Peterson & DiClemente, 1994). São comuns os problemas relacionados com as limitações metodológicas das intervenções comportamentais, nomeadamente a ausência de distribuição aleatória e de grupos de controlo comparáveis, as limitações dos auto-relatos (problemas relacionados com a lembrança e com a desejabilidade social), condições de comparação que não controlaram nem a exigência de atenção nem a exigência experimental, desgaste ou mortalidade superior a 30% na avaliação de seguimento, estudos que não avaliaram a eficácia de intervenções para mulheres com diferentes tipos de parceiros, estudos que permitem pouca confiança na durabilidade da mudança relatada porque usaram períodos de seguimento de três meses ou inferiores, intervenções com pouco impacto no comportamento sexual de risco, a escassa abordagem dos factores sociais e contextuais, a divisão entre a investigação e a prática das intervenções de prevenção do VIH, ausência de relato de informação importante (e.g., taxas de participação), entre outros problemas. Está claro que estes problemas enfraquecem a confiança nos resultados das investigações, tornando difícil o avanço no estado actual de conhecimento.

Para colmatar estas limitações, alguns autores (e.g., DiClemente, 2000; Logan, Cole, & Leukefeld, 2002; O'Leary, 1999; O'Leary & Wingood, 2000) avançam como orientações prioritárias em termos de investigação futura a necessidade de estudos longitudinais com períodos de seguimento mais amplos (superior a 3 meses), maximizar a retenção das participantes e prevenir a mortalidade diferencial por condição de tratamento, todos os estudos devem ter uma condição de controlo ou lista de espera, devem relatar informação importante (taxas de participação, altura da randomização), a intervenção deve manter a eficácia nos seguimentos (e.g., na população feminina as intervenções mais intensivas e complexas são mais eficazes), a adição de indicadores biológicas aos resultados, o colmatar a lacuna entre a investigação sobre o comportamento de risco face ao VIH (e.g., factores de risco na população feminina) e a investigação sobre a intervenção, relatos de resultados de investigação/intervenção melhores e mais standardizados (e.g., construtos, medidas), a necessidade de expandir as teorias de mudança do comportamento de modo a incluir os factores sociais e contextuais, o desenvolvimento de tecnologias de prevenção não detectáveis (microbicidas vaginais), tal como o controlo de outras DSTs e a melhoria da educação sexual.

Este trabalho (*Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para o VIH*) pretende colmatar algumas das lacunas existentes, ao estudar a eficácia de um programa de prevenção do VIH para mulheres, no âmbito da saúde, focado na negociação/resolução de conflito com o parceiro (ACCENT), tal como de uma intervenção didáctica/informativa (promoção da saúde em geral), em comparação com um grupo de controlo (sem intervenção). Mais especificamente, este estudo visa avaliar a eficácia relativa das intervenções ACCENT e Didáctica, comparadas com um Grupo de Controlo. Considerando a componente inovadora do Programa ACCENT, pretende-se mais concretamente refinar e testar uma abordagem comportamental para aumentar as práticas sexuais seguras entre as jovens mulheres portuguesas de modo a diminuir o risco face ao VIH. A abordagem preventiva mais complexa é designada por Capacidade Acelerada para a Exposição ao Conflito e Treino de Negociação (ACCENT). Trata-se de um programa desenvolvido por Hobfoll (2000) de modo a ser amplamente relevante para mulheres heterossexuais sexualmente activas, possuindo como base a asserção de que a iniciação de comportamentos sexualmente seguros tem sido vista como sendo geradora de conflitos de género e/ou medo do conflito devido a atitudes conflituosas, objectivos e poder diferencial dos homens e das mulheres. Por se tratar de uma preocupação central, as competências de resolução/negociação de conflito são fundamentais para induzir a mudança de comportamento diádico nos casais (Ickovics & Rodin, 1992; Wingood & DiClemente, 1997, 1998^a, 1998^b). Embora este programa possa ser aplicável na generalidade, ele é particularmente relevante para mulheres com histórias de abuso que muitas vezes têm medo do conflito de género, tal como crenças de eficácia diminuídas e competências pobres de resolução/negociação de conflito que seriam relevantes para tais situações. No projecto americano, o sucesso manifestou-se pelo facto da intervenção preventiva da SIDA (ACCENT) promover o comportamento sexual seguro (maior competência comportamental – mudança no sexo seguro do pré ao pós teste e maior utilização de preservativos) e reduzir o número de doenças sexualmente transmitidas (DSTs), especificamente em mulheres com história e maior risco de DSTs.

Assim, este estudo utiliza como modelo um conjunto de acções de prevenção que ao longo dos últimos anos têm sido desenvolvidos na *Kent State University* pelo Prof. Doutor Stevan E. Hobfoll, com o apoio do NIMH (*National Institute of Mental Health*), do PASHA (*Program Archive on Sexuality, Health and Adolescence*) e do US

Office of Population Affairs, procurando adaptá-las à realidade portuguesa. Este estudo faz parte de um projecto mais alargado, coordenado pela Prof. Doutora Teresa McIntyre, que foi financiado pelo programa ADIS (0045/03) e apoiado pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia e pelo Instituto Português da Juventude (Delegação Regional de Braga).

No que diz respeito a Portugal, têm sido realizados alguns esforços preventivos em termos de política de saúde, como, por exemplo, a introdução da educação sexual nas escolas (e.g., Lei 3/84 – “Direito à Educação Sexual e ao Planeamento Familiar”; LBSE – Lei de Bases do Sistema Educativo; Lei 120/99; DL 259/2000; cit. por APF, 2003). A nível dos adolescentes, salienta-se um esforço recente de prevenção do SIDA nas escolas com programas de cariz desenvolvimental que visam promover a saúde psicosexual (e.g., Araújo & McIntyre, 1998). Também a Associação para o Planeamento da Família (APF) desenvolveu actividades diversas no âmbito da educação sexual nas escolas portuguesas (e.g., acções de sensibilização para professores, comunicações em encontros e seminários) que abrangeram até Abril de 2003 mais de 900 escolas (APF, 2003). Contudo, a APF tem encontrado dificuldades na implementação da educação sexual nas escolas, nomeadamente, a falta de informação, a confusão sobre o significado do que é a educação sexual, as falhas no acompanhamento e na avaliação do processo, entre outras.

A análise da situação em Portugal na prevenção do VIH mostra que existe a necessidade de ter em conta as teorias de mudança de comportamento no desenho das intervenções e avaliação da sua eficácia, e a necessidade de considerar as mudanças epidemiológicas que se têm dado nos últimos 10 anos, nomeadamente no que respeita ao aumento da prevalência da SIDA nas mulheres e na comunidade heterossexual (Antoni & Schneiderman, 2001; Teixeira, 1996; cit. por McIntyre, 2002).

Em suma, a prevenção da SIDA nas mulheres em Portugal é uma intervenção essencial, existindo uma necessidade de adaptar à realidade portuguesa a caracterização dos factores de risco, tal como as intervenções preventivas de cariz cognitivo-comportamental. Como objectivo primordial pretende-se contribuir com dados pertinentes para a implementação de futuros programas de intervenção, tendo em consideração as diferenças ao nível do género. Também constitui um nosso objectivo, a produção de materiais de avaliação (instrumentos no domínio da auto-eficácia, suporte social, recursos, conhecimento sexual, práticas sexuais passadas e actuais, tal como a

história de abuso e de DSTs) e de intervenção específicos à população feminina no âmbito da prevenção do VIH.

Ao nível estrutural, este trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. Na primeira apresentamos uma revisão da literatura científica sobre o tema, que se subdivide em três capítulos que se dedicam às variáveis psicossociais associadas à prevenção do VIH nas mulheres, aos modelos de mudança de comportamentos e aos programas de intervenção do VIH nas mulheres heterossexuais sexualmente activas. Na segunda parte apresentamos a investigação empírica realizada, que também inclui três capítulos dedicados à metodologia, apresentação e discussão dos resultados, e conclusão.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na parte I, enquadramento teórico, procede-se a uma revisão da literatura sobre os aspectos relacionados com o VIH/SIDA na população feminina, e que se consideram essenciais para a compreensão do estudo realizado. Num primeiro momento é apresentado um enquadramento teórico sobre o VIH/SIDA, dados epidemiológicos, e mais especificamente sobre os factores de risco associados ao VIH nas mulheres (biológicos, comportamentais e psicossociais), nomeadamente ao nível das variáveis sócio-demográficas, auto-eficácia, atitudes, crenças, álcool e drogas, saúde mental, influências relacionadas com o parceiro sexual, variáveis culturais, variáveis relacionadas com a gravidez e o preservativo feminino, temáticas centrais na compreensão do comportamento sexual de risco.

Num segundo momento, a ênfase é colocada na compreensão da mudança do comportamento, sublinhando os modelos de mudança de comportamento sexual de risco adaptados para as intervenções preventivas face ao VIH. Uma terceira componente procura descrever os programas de intervenção de prevenção do VIH nas mulheres heterossexuais sexualmente activas, incluindo as intervenções individuais e em grupo, tal como a eficácia das mesmas. Por último, serão abordadas algumas questões metodológicas das intervenções e respectivas conclusões.

**CAPÍTULO I – PREVENÇÃO DA SIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS
MULHERES PORTUGUESAS**

1. O Sexo como Risco para a Saúde

Na actualidade, a literatura sobre a sexualidade enfatiza o sexo enquanto actividade (Hite, 1976, 1987; Kinsey, 1948, 1953; Masters & Jonhson, 1966; cit. por Wang & Dekker, 1993), mas introduz uma mudança: o sexo é uma actividade perigosa e de risco. Com a constatação desta realidade, a actividade sexual passou a ser conceptualizada no âmbito da promoção da saúde, da educação para a saúde e da auto-protecção. Este contexto acabou por fazer crescer um conjunto de acções no campo da psicologia da saúde sobre o sexo como risco, englobando o evitamento da gravidez e a prevenção de DSTs/VIH (Doenças Sexualmente Transmissíveis/Vírus da Imunodeficiência Humana).

O comportamento sexual é visto como um problema de interacção (Ogden, 1999), mas também coloca problemas na esfera da saúde do indivíduo. Nomeadamente, desde o começo da epidemia do VIH/SIDA, o sexo analisado como um comportamento de risco acabou por adquirir uma nova dimensão, que abarca a situação de doença crónica e a própria morte. A urgência de intervenção preventiva face a esta pandemia, acabou por ilustrar as diferentes formas como os indivíduos lidam com o sexo enquanto modalidade de interacção, tornando a investigação relevante face às outras DSTs. Assim, neste capítulo trataremos da definição das DSTs/SIDA, sua epidemiologia, manifestação, classificação e modo de ocorrência, da importância do foco na relação entre a mulher e o VIH, tal como nos factores biopsicossociais de risco para a aquisição de DSTs/VIH nas mulheres. Outro aspecto de relevo neste primeiro capítulo prende-se com a revisão das variáveis psicossociais associadas à prevenção do VIH nas mulheres, nomeadamente, factores de risco sócio-económicos (e.g., o nível de escolaridade), comportamentais e psicossociais (e.g., problemas de saúde mental), sócio-cognitivos (e.g., auto-eficácia), sócio-culturais (e.g., influências familiares), tal como uma conclusão e reflexão crítica sobre os factores de risco para a aquisição do VIH nas mulheres.

1.1 O Sexo como Risco no Contexto de DST/VIH e SIDA

O risco de adquirir uma DST é um dos riscos mais significativos para a saúde e para o bem-estar dos jovens. Do ponto de vista económico e social, estas infecções têm consequências devastadoras nos adolescentes e, em última análise, na sociedade. Estas consequências são concretizadas em termos de custos e resultados ao nível da saúde, tais como gravidez ectópica e infertilidade (D'Angelo & DiClemente, 1996). Não

obstante, a preocupação central desta era é a de que uma DST (como a infecção pelo VIH) pode resultar numa doença fatal (SIDA), passando o impacto a ser medido em termos de mortes de adolescentes e jovens adultos por SIDA. Por esta razão, o impacto das DSTs tornou-se muito mais importante e a prevenção destas infecções uma prioridade.

1.2 As Doenças Sexualmente Transmissíveis

1.2.1 Epidemiologia

O aumento da incidência das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) representa um importante problema de Saúde Pública, com um elevado peso sócio-económico, quer pela significativa morbilidade e mortalidade que provocam em indivíduos jovens, quer pelas consequências nefastas que podem ter ao nível da saúde materno-infantil. São doenças que afectam os países industrializados tal como os países em vias de desenvolvimento, sendo o grupo etário 15-49 anos o mais exposto ao risco (WHO, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima em 340 milhões o número de novos casos de DSTs por ano, em todo o mundo (incidência anual de DSTs curáveis incluindo o SIDA; WHO, 2000). Frequentemente subvalorizadas do ponto de vista clínico e em termos de saúde pública, as DSTs podem provocar infertilidade, gravidez ectópica, malformações fetais ou infecções neonatais, como já assinalámos.

A União Europeia também se encontra em estado de alerta pela subida da taxa de DSTs (Woodman, 2000). Verifica-se um aumento de casos de gonorreia, sífilis e outras DSTs na Europa, o que pode aumentar o risco de transmissão do VIH. A título de exemplo, as taxas de gonorreia duplicaram em França entre 1997 e 1998, aumentaram 30% no Reino Unido entre 1998 e 1999, e 50% na Suécia desde 1990 (*United Kingdom Communicable Disease Surveillance Center*, 2000). A preocupação acerca do aumento de DSTs e do VIH na Europa tem motivado a recomendação para a implementação de campanhas educacionais, com o objectivo de aumentar a consciência pública em relação às DSTs.

Em Portugal, as DSTs parecem seguir a evolução dos restantes países europeus, embora os dados portugueses não constem do relatório da OMS. Sabe-se, contudo, que os números definitivos notificados do relatório de 2001 indicam 13 casos de sífilis precoce, 38 casos de gonorreia, 38 casos de sífilis congénita e 210 casos de hepatite B. As restantes DSTs não são de declaração obrigatória (Direcção Geral de Saúde, 2001).

Segundo a Direcção Geral de Saúde, responsável pelos dados estatísticos de DSTs, os registos anuais de DSTs de notificação obrigatória não permitem quaisquer interpretações relativas ao aumento ou diminuição destas doenças em Portugal. Os dados disponíveis, e que permitem verificar um aumento de DSTs, reportam-se à infecção pelo VIH, integrada na lista de doença de declaração obrigatória em Janeiro de 2005.

Em relação ao VIH, desde o início da década de 80 que a SIDA é considerada a doença mais ameaçadora na história da humanidade. Determinadas circunstâncias determinam o interesse científico, do ponto de vista médico e psicológico: o facto de não existir tratamento para a doença e de esta ser na maioria dos casos fatal.

O relatório epidemiológico de organizações como a UNAIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*) e a OMS (*WHO – World Health Organization*), publicado em 2003 (*AIDS Epidemic Update*, December, 2003), mostra que o número de pessoas infectadas com SIDA é cerca de 40 milhões, o número de novas pessoas infectadas durante 2003 foi de 5 milhões e o número de mortes causadas pela doença em 2003 foi de 3 milhões. Nos países da Europa ocidental (incluindo Portugal), o número de pessoas infectadas com SIDA ronda entre as 520.000 e as 680.000, os casos de novas infecções durante o ano de 2003 foram de 30.000 a 40.000 e as mortes causadas pelo VIH foram contabilizadas entre 2.600 e 3.400, dependendo da região. Nos países da Europa de leste/oriental e a Ásia Central, os números foram os seguintes: 1.2 - 1.8 milhões de pessoas infectadas com SIDA, 180.000 – 280.000 novos casos durante o ano de 2003 e 23.000 – 37.000 mortes causadas pelo VIH neste mesmo ano, dependendo da região. Em Portugal, encontram-se notificados 28.370 casos de infecção VIH/SIDA, e o número de mortes causadas pela doença entre 1983 e 2005 foi de 6.383 (Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, 2005). Será feita uma análise mais aprofundada dos dados relativos à população portuguesa feminina no sub-capítulo 1.3.

1.2.2 Manifestação e modo de ocorrência

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) são doenças que se transmitem através do contacto sexual. Estas doenças, anteriormente designadas por doenças venéreas e atribuídas a Vénus deusa grega do amor, são actualmente uma preocupação em termos de saúde pública em todo o mundo (OMS, 2000).

Numa visão mais geral, abarcam um conjunto de doenças que são contraídas a partir de uma pessoa já infectada, o que implica que uma DST seja uma doença sempre “partilhada” com, pelo menos, uma pessoa, e desenvolve-se facilmente em locais quentes e húmidos, como é o caso dos órgãos sexuais (Rubin, 1993). Isto significa que se os órgãos sexuais de um indivíduo entrarem em contacto com os órgãos sexuais de um outro indivíduo infectado, os microrganismos podem ser transmitidos, sendo a vagina, o pénis, o ânus e a boca, locais em que estes organismos se desenvolvem mais facilmente. Apesar do nome indicar a transmissão por via sexual, algumas DSTs transmitem-se de mãe para filho durante o parto, podendo provocar doenças graves e até a morte nas crianças.

1.2.3 Classificação das DSTs

Nos adolescentes e jovens adultos, as DSTs podem ser classificadas por síndrome de doença ou por agente específico da doença. As síndromes mais comuns incluem a uretrite (causada pela Gonorreia e Clamídia), vaginite (causada pela Tricomonas, Clamídia e Gonorreia), cervicite (causada pela Gonorreia e Tricomonas), úlceras genitais (causadas pelo vírus do *herpes simplex* e *Treponema pallidum*), e, nas mulheres, a doença inflamatória pélvica (Clamídia e Gonorreia) (D’Angelo & DiClemente, 1996). A displasia e o carcinoma cervical nas mulheres são, geralmente, o resultado da infecção sexualmente transmissível com o vírus do papiloma humano. Já em ambos os sexos, a transmissão do VIH pode conduzir à SIDA e a transmissão do vírus do papiloma humano pode resultar em verrugas genitais. Os agentes infecciosos, listados como causa das síndromes, são os mais prevalentes nos jovens. Adicionalmente, outra doença com grande probabilidade de ser sexualmente transmitida é a Hepatite, causada pelo vírus da hepatite B (CDC, 1988; cit. por D’Angelo & DiClemente, 1996).

Quadro 1. Síndromes das Doenças Sexualmente Transmissíveis nos Jovens (Adaptado de D’Angelo & DiClemente, 1996, p.334)

Síndrome	Agente infeccioso
Uretrite	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> ; <i>Chlamydia trachomatis</i>
Vaginite/cervicite	<i>Trichomonas vaginalis</i> ; <i>N. gonorrhoeae</i> ; <i>C. trachomatis</i>
Úlceras genitais	<i>Herpes simplex</i>
Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>
Cancroide	<i>Haemophilus ducreyi</i>
Doença inflamatória pélvica	<i>N. gonorrhoeae</i> ; <i>C. trachomatis</i>
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana

1.2.4 A SIDA

O VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) é um retrovírus que enfraquece as defesas imunitárias do corpo destruindo os linfócitos CD4 (células – T). Estes linfócitos CD4 constituem um grupo de células brancas do sangue que normalmente ajudam o organismo a defender-se contra os ataques das bactérias, vírus e outros germes através da coordenação do sistema imunológico (Straub, 2002). Quando o VIH destrói os linfócitos CD4, o corpo torna-se vulnerável a diversos tipos de infecções oportunistas, ou seja, infecções que têm a oportunidade de invadir o corpo humano porque as defesas imunitárias estão enfraquecidas. Do ponto de vista médico, a infecção pelo VIH aumenta o risco de determinados cancros, de doenças neurológicas, debilitação do corpo e consequente morte. O espectro lato de sintomas e doenças que podem ocorrer na eventualidade da infecção pelo VIH e que destroem de modo significativo as defesas imunitárias, é designado por SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (Bauman, 2001; *Harvard Medical School*, 2004).

Quando já se encontram dentro do corpo, as partículas virais do VIH invadem os linfócitos CD4 e usam o material genético das células para produzirem biliões de cópias virais. Para que as novas partículas de VIH entrem na via sanguínea e infectem mais células CD4, elas tem de rebentar com a célula CD4 infectada. É deste modo que o ciclo de infecção pelo VIH continua e o número total de células CD4 diminui progressivamente do momento em que ocorre a infecção pelo VIH. Neste seguimento, o número de células CD4 – os coordenadores do sistema imunológico – caem abaixo do

nível necessário para defender o corpo contra infecções oportunistas e o paciente desenvolve SIDA (*Harvard Medical School*, 2004). Neste contexto, os sujeitos com infecção VIH são vulneráveis a três tipos de complicações: infecções oportunistas, tumores e encefalopatia-VIH.

A SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) foi inicialmente identificada em 1980, quando 55 homens foram identificados com um conjunto de sintomas de causa desconhecida que indicavam sarcoma de Kaposi, uma forma rara de cancro de pele, tal como uma rara pneumonia, *Pneumocystis carinii* (Straub, 2002). A doença começou por ser considerada específica dos homossexuais masculinos (GRIDS - *gay-related immune deficiency syndrome*), embora já se verificassem casos em utilizadores de drogas endovenosas. Estes indivíduos apresentavam imunodeficiência, com redução marcada de linfócitos – T no sangue periférico e foram os primeiros casos diagnosticados de *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida* (SIDA) em 1981, uma doença provocada pelo retrovírus VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana). A descoberta definitiva ocorreu, de facto, em 1983, altura em que os Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos da América e o Instituto Pasteur em França concluíram que um novo vírus estava na génese da doença (Straub, 2002; Teixeira, 1993).

A evolução do VIH para a SIDA varia no tempo, verificando-se uma diminuição das células T-helper, especialmente aquelas com CD4 positivas, causando imunodeficiência e o aparecimento de infecções oportunistas. As fases de evolução são as seguintes (Ogden, 1999; p. 307):

- A doença inicial de seroconversão viral;
- Uma fase assintomática;
- Aumento dos gânglios linfáticos, início de infecções oportunistas;
- Complexo relacionado com a SIDA;
- SIDA.

No que respeita à transmissão da infecção pelo VIH, sabe-se que pode ser passada de um ser humano para outro através de uma das seguintes vias (*Harvard Medical School*, 2005; p. 3):

- Relações sexuais desprotegidas (heterossexuais ou homossexuais);
- Sexo oral com uma pessoa infectada;
- Uma transfusão de sangue contaminada (muito rara nos EUA desde 1985 porque o sangue é testado para o VIH);

- Partilha de seringas (se um dos utilizadores de droga está infectado);
- Exposição ocupacional (picada de uma agulha com sangue infectado);
- Inseminação artificial com sémen infectado;
- Transplante de órgão de um dador infectado com o VIH.

De facto, qualquer indivíduo seropositivo ou com SIDA-declarada pode transmitir o vírus a outros sujeitos através de três vias principais de transmissão do VIH que têm sido documentadas (Schaffer, 1998): 1) contacto sexual com fluídos corporais infectados, 2) contacto com sangue infectado ou produtos de sangue através da transfusão, transplante de órgãos, partilha de agulhas, ou acidente com agulhas (trabalhadores nos cuidados de saúde) e 3) transmissão de uma mulher infectada para a sua criança na gravidez, no nascimento ou durante a amamentação.

O vírus pode ser transmitido de facto por *contacto sexual*, bidireccionalmente em relações vaginais e anais, encontrando-se o VIH no esperma e nas secreções vaginais (Straub, 2002). O risco de transmissão sexual relaciona-se com a eventualidade do parceiro poder estar infectado, com o tipo de contacto sexual (maior risco para as relações anais receptivas que são especialmente arriscadas devido às lacerações traumáticas da delicada mucosa rectal, proporcionando acesso directo do VIH à via sanguínea), a quantidade de vírus presente nas secreções e com a existência de outras doenças sexualmente transmissíveis. A transmissão oral do VIH foi demonstrada, tornando o contacto oral-genital uma via provável de transmissão para os humanos.

Outra via de transmissão da infecção pelo VIH é a sanguínea e refere-se à entrada de sangue infectado no sangue de outro sujeito, de que é exemplo a troca de seringas entre toxicodependentes e a transfusão de sangue infectado (Straub, 2002). O uso corrente dos anticorpos da terceira geração para analisar sangue doado tem eliminado o risco da transfusão associada à transmissão do VIH (as probabilidades de infecção por transfusão sanguínea são de 1 caso de VIH em 420.000 unidades de sangue).

O contágio mãe-feto ocorre por transmissão durante a gravidez a partir da mãe seropositiva e a transmissão através do leite materno é rara. As crianças são habitualmente infectadas pela exposição às células brancas do sangue materno que passam através da placenta durante o parto e no nascimento, estimando-se que cerca de uma em quatro crianças de mulheres seropositivas são infectados deste modo e cerca de 10% são infectados através do aleitamento (Straub, 2002). Por último, a transmissão via

contactos casuais e picada de insectos não ocorre. É possível a transmissão via inseminação artificial. Contudo, as seguranças actuais tornam esta situação pouco provável.

No contexto da transmissão do VIH, falou-se durante algum tempo de grupos de risco, uma vez que o perfil epidemiológico inicial mostrava uma incidência marcada entre homossexuais masculinos, mulheres parceiras sexuais de doentes com SIDA, filhos de mães infectadas e sujeitos expostos a sangue ou a produtos derivados do sangue (dependentes de drogas injectáveis e hemofílicos). Contudo, a partir de finais da década de 80 este conceito foi substituído pelo de *comportamentos de risco*, uma vez que todas as pessoas podem contrair a infecção, independentemente de pertencerem ou não aos grupos mencionados, registando-se simultaneamente um aumento progressivo da infecção – VIH em sujeitos heterossexuais (Teixeira, 1993). Por consequência, foram identificados três comportamentos de risco fundamentais na transmissão da doença que incluem o uso de drogas injectáveis com troca de seringas não esterilizadas, relações sexuais anais ou vaginais homo ou heterossexuais com transmissão de fluídos e mudança frequente de parceiros sexuais. Nos EUA os comportamentos de risco, considerados desde 1978 (Schaffer, 1998), englobavam a actividade sexual anal, a utilização de drogas endovenosas, as relações sexuais casuais frequentes, as relações com trabalhadores comerciais de sexo, o tratamento prévio para doenças sexualmente transmissíveis (vírus do papiloma humano, herpes simples, gonorreia, sífilis, clamídia), as transfusões de sangue (antes de 1985) e a actividade sexual com parceiros que possuem qualquer uma destas características.

As mulheres estão em maior risco de contraírem o VIH durante as relações heterossexuais do que os homens por várias razões e são mais susceptíveis às DSTs do que os homens (Longan, Cole & Leukefeld, 2002; Schaffer, 1998). Em primeiro lugar, o sémen tem uma maior quantidade de linfócitos que podem ser infectados do que o fluído vaginal. O fluído seminal também tem um efeito imunossupressivo sobre a mucosa que facilita a absorção do VIH. Em segundo lugar, as mulheres têm uma área mais lata de mucosa disponível para a penetração do VIH (vagina e cérvix), mas a única mucosa exposta nos homens é a uretra. A mucosa vaginal pode sofrer feridas microscópicas durante as relações sexuais, tornando a transmissão mais provável. Por último, as mulheres são biologicamente mais susceptíveis às DSTs porque certas características do ambiente vaginal, como por exemplo, a temperatura, podem propiciar o desenvolvimento de alguns organismos, crescendo ainda que algumas DSTs podem

ser assintomáticas, o que atrasa o diagnóstico e o tratamento até surgir uma complicação sintomática.

Numa revisão da literatura sobre a saúde na mulher, com especial ênfase na temática “As mulheres e o VIH”, Schaffer (1998) considera que a infecção pelo VIH tem um efeito profundo nas mulheres como doença e como desafio social e económico. O VIH afecta o papel de cuidar dos outros da mulher na família, e as mulheres têm de lidar com uma doença que ameaça as suas vidas enquanto também lidam com o impacto da doença na sua família. As mulheres que ficam grávidas durante a infecção por VIH ou que contemplam a gravidez nessa circunstância precisam de informação sobre o risco para o feto, tal como informação em como cuidar da sua saúde. O estigma ligado ao VIH/SIDA pode sujeitar as mulheres à discriminação, perda de emprego, rejeição social, e outras violações dos seus direitos. Embora seja uma doença transmitida principalmente por via sexual, a SIDA é abordada singularmente devido ao efeito devastador que tem tido nas mulheres infectadas e nas suas famílias, tal como devido à complexa gestão psicossocial e médica que é necessária para retardar os efeitos e promover uma melhor qualidade de vida nas mulheres infectadas.

Uma vez que não existe cura para a infecção pelo VIH, a prevenção primária é a estratégia mais importante para aqueles que proporcionam os cuidados primários. Na actualidade, os avanços no uso de agentes antivíricos (e.g., o regime de tratamento HAART - *highly active antiretroviral therapy* que combina a droga designada por zidovudine – AZT com outras drogas conhecidas por *protease inhibitors* para interromper a multiplicação do VIH), tal como no uso de antibióticos para prevenir as infecções oportunistas, conseguem impedir outras infecções, mas deve-se sublinhar a importância do diagnóstico precoce através de exames ao sangue como o teste *ELISA* (*enzyme-linked immunosorbent assay*) ou o *Western blot teste* (Straub, 2002). Aqueles que proporcionam os cuidados primários devem realizar exames físicos periódicos, monitorizar os marcadores de prognóstico, prescrever terapia antivírica e profilática inicial, iniciar a avaliação de diagnóstico e terapia para complicações relacionadas com o VIH, proporcionar consultas de apoio, e oferecer assistência no controlo da dor. Estas questões vão ser mais aprofundadas no capítulo 3, que versa sobre as intervenções de prevenção do VIH.

1.3 A Importância do foco na Mulher: As Mulheres e a SIDA

“By the end of the 20th century there will be as many women as men with AIDS.”

Centers for Disease Control and Prevention
(1991; cit. por Schaffer, 1998, p. 303)

As mulheres têm vindo a ser infectadas com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) desde os primórdios da epidemia. No final do ano de 2002, elas constituíam, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 19.2 milhões dos 40 milhões de pessoas que se encontram infectadas com o VIH (UNAIDS, 2003), representando aproximadamente 50% dos 38.6 milhões de adultos que vivem com o VIH/SIDA. Desde 2001, as estimativas globais da epidemia aumentaram para um total de 40 milhões de pessoas a viverem com o VIH/SIDA (UNAIDS e WHO, 2003). Os 40 milhões incluem 37 milhões de adultos e 2.5 milhões de crianças com idade inferior a 15 anos. No final de 2001, 141.048 mulheres adolescentes e adultas nos EUA foram diagnosticadas com SIDA. Com base nos casos relatados do Centro para o Controlo e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC), em Dezembro de 2001, mais de 49.226 mulheres tinham sido infectadas com o VIH. Nas mulheres adolescentes e adultas, a proporção de casos de SIDA mais do que triplicou de 7% em 1985 para 25% em 2001. Em todo o mundo, mais de 80% das infecções pelo VIH em adolescentes e adultos foram resultantes de relações sexuais (a principal via de transmissão). A transmissão do VIH através de relações sexuais desprotegidas com homens que estão infectados com o vírus representa 55% da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) nas mulheres com idades compreendidas entre os 20-24 anos e 51% em mulheres com idades entre os 13-19 (*Centers for Disease Control – CDC, 2002*). Como já foi sublinhado, as mulheres são particularmente vulneráveis à transmissão heterossexual do VIH devido à substancial exposição da mucosa aos fluidos seminais (é o órgão receptor). Este factor biológico amplifica o risco de transmissão do VIH quando adicionado com a elevada prevalência de sexo não consensual, sexo sem o uso do preservativo e os elevados comportamentos de risco dos seus parceiros. Parece que muitas das mulheres não se envolvem em comportamentos de risco, mas estão em contacto com o VIH através de sexo desprotegido com o seu parceiro masculino que já está infectado (*NIAID Factsheet, 2000*).

Contudo, apesar da sua crescente representação nos casos de VIH, a comunidade de investigação preventiva tem prestado pouca atenção às mulheres heterossexuais.

Trata-se de um desequilíbrio porque a pesquisa realizada noutras populações alvo (por exemplo, homossexuais) possui pouco poder de generalização para as situações que colocam as mulheres em risco através do contacto heterossexual. Segundo Peterson e DiClemente (2000), existem duas razões centrais na explicação do risco heterossexual. Em primeiro lugar, até à recente disponibilidade do preservativo feminino, os homens tinham o controlo da utilização do preservativo (eram eles que o usavam). Em segundo lugar, na maioria das culturas, as mulheres possuem menos poder do que os homens, especialmente nas relações. Estes dois factores têm dificultado a negociação do preservativo na população feminina heterossexual. Tais dificuldades são ainda mais pronunciadas entre aquelas mulheres que estão em maior risco de infecção: mulheres com baixo rendimento, utilizadoras de drogas endovenosas, e que têm parceiros abusivos. Apesar deste cenário mundial, tem surgido um crescente número de estudos americanos (e.g., Belcher, Kalichman, & Topping, 1998; Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton, & Shepherd, 1994; Kelly, Murphy, Washington, Wilson, Koob, Davis et al., 1994; Mackenzie, Hobfoll, Ennis, Kay, Jackson, & Lavin, 1999; *The NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group*, 1998; *The National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial Group*, 2001) que relatam um aumento dos comportamentos protectores nas intervenções preventivas comportamentais. Isto é encorajador e sugere que muitas mulheres possuem ou podem desenvolver competências para reduzir de forma eficaz o risco de infecção pelo VIH.

Em Portugal, o sector de pessoas com SIDA com maior crescimento são as mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos. Em Junho de 2004 o Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde (2004) reportou 1.918 casos de mulheres com SIDA, sendo que 86.8% destas mulheres se encontram numa faixa etária activa do ponto de vista sexual e profissional. A análise epidemiológica sugere que, nacionalmente, as mulheres representam uma grande proporção dos casos de SIDA. Por exemplo, as mulheres justificavam 12.6% dos casos de SIDA notificados em 1989, 16.8% em 1991, 16.6% durante o ano de 1995, 17.7% em 1996 e 21% em 2004 (dos 30.000 mil casos oficialmente notificados). Proporcionalmente, o número de mulheres com SIDA em 1999 era cerca de 2.7 vezes maior do que a proporção de mulheres com SIDA em 1989 (12.6%). Na categoria de formas de transmissão, a maioria dos casos de SIDA nas mulheres são atribuíveis à utilização de drogas endovenosas (49.9%) e à transmissão heterossexual (38.6%). No curso desta epidemia, de 1983 a 2004, a proporção de casos de SIDA entre as mulheres

que são atribuídos ao contacto heterossexual tem aumentado substancialmente. Os resultados das pesquisas efectuadas sugerem que os casos de SIDA atribuíveis à transmissão heterossexual estão a aumentar mais rapidamente do que qualquer outra categoria de exposição.

Estes dados epidemiológicos são informativos, o que permite quantificar o risco diferencial para a infecção pelo VIH, mas proporciona menor *insight* sobre a influência dos factores culturais, específicos de género e psicossociais que são determinantes do comportamento. Neste sentido, a redução do risco de infecção pelo VIH entre as mulheres sexualmente activas requer a identificação dos factores associados com o comportamento sexual de risco: ter múltiplos parceiros sexuais ou envolver-se em comportamentos sexuais de risco para a aquisição do VIH (O’Leary & Wingood, 2000). Compreender as influências que moldam o comportamento sexual é um passo crucial para desenvolver e implementar programas eficazes de prevenção do VIH nas mulheres em Portugal, pelo que em seguida se identifica os factores de risco referidos na literatura.

1.4 Factores Biopsicossociais de Risco para Aquisição de DSTs nas Mulheres Heterossexuais

Neste âmbito, sabe-se que as mulheres são mais susceptíveis a infecção e desenvolvem complicações com maior frequência do que os homens, sendo, portanto, a morbidade das DSTs maior nas mulheres. Existem, de facto, problemas específicos às mulheres uma vez que estas são biológica, cultural e sócio-economicamente mais vulneráveis. Adicionalmente, nas mulheres, a maioria das DSTs são assintomáticas (60%-70% das infecções gonocócicas e clamídia), o que resulta num diagnóstico e tratamento tardios (Eng & Butler, 1997; cit. por Redman, 1999), as consequências das DSTs são muito sérias, por vezes fatais (e.g., cancro cervical, gravidez ectópica, sépsis), e podem causar problemas nos seus bebés (cegueira, nascimento da criança já morta).

A revisão da literatura (e.g., Peterson & DiClemente, 2000) revela que as DSTs persistem nas populações humanas caracterizadas por elevados índices de troca de parceiros sexuais (comportamentos sexuais de risco). Os dados de vários estudos revistos por Wingood e DiClemente (2002) sobre o comportamento sexual, permitiram concluir que existia uma maior aquisição de parceiros sexuais nos homens do que nas

mulheres, entre os homossexuais masculinos do que entre os heterossexuais, entre as pessoas atendidas em clínicas de DSTs do que entre a população em geral, e entre adolescentes e adultos jovens do que entre os adultos mais velhos.

Estes dados vão de encontro aos resultados descritos por Moore e colaboradores (1994), onde se verifica que existe uma maior probabilidade que as mulheres sejam infectadas com DST/VIH por contacto heterossexual se tiverem múltiplos parceiros sexuais, um parceiro que não use os preservativos de forma consistente, ou um parceiro de uma localização geográfica onde o HIV seja endémico. Grande parte das mulheres estão principalmente em risco, não por terem múltiplos parceiros sexuais mas porque os seus parceiros masculinos os têm e não se protegem.

Outro conjunto de estudos relatados por Moore e colaboradores (1994) têm-se focado nos preditores psicossociais do comportamento sexual de risco nas mulheres. Geralmente, consideram o conhecimento sobre as DSTs/VIH e as variáveis psicossociais derivadas dos modelos de comportamento de saúde, como, por exemplo, a percepção do risco ou sentimentos de invulnerabilidade, crenças sobre a eficácia das práticas sexuais seguras, crenças sobre os custos de comportamentos protectores das DSTs/VIH, crenças sobre as normas sociais para o sexo seguro e o desejo de seguir essas normas, e crenças sobre a própria capacidade de implementar práticas sexuais seguras.

Os factores que aumentam o risco de infecção pelo VIH nas mulheres têm sido classificados de acordo com as seguintes categorias (*Women and AIDS, UNAIDS point of view*, October 1997, p.1 e 2):

Factores Biológicos:

- Superfície mucosa mais ampla; micro lesões que podem ocorrer durante a relação sexual constituem locais de entrada para o vírus; as mulheres mais jovens estão mais vulneráveis neste âmbito;
- Maior quantidade de vírus no esperma do que nas secreções vaginais;
- Tal como acontece nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), as mulheres são quatro vezes mais vulneráveis à infecção; a presença de DST por tratar é um factor de risco para a aquisição do VIH nas mulheres;
- O sexo coercivo aumenta o risco de micro lesões.

Factores Económicos:

- Dependência financeira ou material dos homens significa que as mulheres não podem controlar quando, com quem e em que circunstâncias tem relações sexuais;
- Muitas mulheres têm de trocar sexo por favores materiais, para a sua sobrevivência diária.

Factores Sociais e Culturais:

- Não se espera que as mulheres discutam ou tomem decisões sobre a sexualidade;
- Não podem pedir o uso do preservativo ou outra forma de protecção;
- Se recusarem ter sexo ou pedirem o uso do preservativo, muitas vezes arriscam-se a sofrer abuso, pois existe a suspeita de infidelidade;
- As inúmeras formas de violência contra as mulheres significam que o sexo é muitas vezes coercivo, o que é por si só um factor de risco para a infecção pelo VIH;
- Para os homens solteiros e casados ter múltiplas parceiras sexuais (incluindo o recurso à prostituição) é culturalmente aceitável;
- É esperado que as mulheres tenham relações ou se casem com homens mais velhos, que são mais vividos/têm maior experiência, e possuem maior probabilidade de estarem infectados. Os homens tendem a procurar cada vez mais parceiras muito jovens com o objectivo de evitarem a infecção e na crença de que o sexo com uma mulher virgem cura a SIDA e outras doenças.

Vários autores (e.g., Bauman, 2001; Redman, 1999; Schaffer, 1998) referem que as mulheres sofrem das mesmas complicações da SIDA que afectam os homens mas também são caracterizadas por manifestações específicas de género da infecção pelo VIH, tais como infecções vaginais recorrentes e doença inflamatória pélvica, o que pode aumentar o risco de cancro cervical. As mulheres também exibem características diferentes face aos homens para muitas das mesmas complicações da terapia antiretroviral, tal como anormalidades metabólicas. Frequentemente, as mulheres com o VIH tem maior dificuldade em aceder aos serviços de saúde e suportam a elevada responsabilidade de tratar dos filhos e de outros membros da família, que também podem estar infectados com o VIH. Além disso, na maioria das vezes não possuem suporte social e enfrentam outros desafios que podem interferir com a sua capacidade para aderir aos regimes de tratamento (*National Institute of Allergy and Infectious Diseases* - NIAID, 2004).

Pode-se concluir que os aspectos específicos da SIDA nas mulheres requerem diferentes abordagens médicas e psicológicas face a esta doença na população feminina. Constatando a especificidade dos preditores psicossociais de comportamento de risco na população feminina, segue-se uma descrição mais detalhada dos factores relacionados com o comportamento sexual de risco na mulher.

2. Variáveis Psicossociais Associadas à Prevenção do VIH na Mulher

“Developing effective interventions that assist persons in changing high-risk sexual behavior practices requires the identification of factors that contribute to risk.”

(The National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial Group, 2001, p. 369)

Para compreender o risco da mulher face ao VIH é necessário aceitar que o risco para a SIDA tem aumentado na população feminina por razões psicossociais. As diferenças de género, no estatuto sócio-económico, nos factores sócio-demográficos, nas crenças, na auto-eficácia, nos papéis sexuais, no uso de álcool, na depressão, na gravidez, nas condições sociais e culturais, têm uma grande probabilidade de influenciar a exposição ao vírus e o processo de doença (e.g., IcKovics & Rodin, 1992).

Algumas intervenções comportamentais dirigidas a mulheres em risco heterossexual têm sido avaliadas nos EUA (Moore, Harrison, Doll, 1994; O’Leary, 1995; O’Leary & Wingood, 2000), existindo uma grande necessidade de promover o debate sobre questões específicas que o VIH/SIDA coloca às mulheres e ao mesmo tempo identificar quais os principais campos de pesquisa e prevenção. Neste sentido, procuramos identificar os factores psicossociais relacionados com os comportamentos sexuais de risco.

2.1 A Importância do Uso Consistente do Preservativo na População Feminina

A investigação no âmbito da relação mulher-VIH/SIDA tem-se focado na importância do uso consistente de preservativo entre as mulheres, colocando ênfase nos factores que estão relacionados com a utilização consistente do preservativo na população feminina, ao mesmo tempo que procuram as variáveis que colocam as mulheres em risco para a aquisição do VIH. Perante os resultados destas pesquisas e verificando a urgente necessidade de intervir *a priori*, prevenir e não remediar, começou

a surgir nos EUA um conjunto de programas de intervenção comportamental para mulheres que se encontram em risco heterossexual (e.g., Belcher, Kalichman, Topping et al., 1998; Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton, & Shepherd, 1994; Kelly, Murphy, Washington, Wilson, Koob, Davis et al., 1994; Mackenzie, Hobfoll, Ennis, Kay, Jackson, & Lavin, 1999).

A importância do uso consistente de preservativo prende-se com o facto da principal estratégia de prevenção do VIH em pessoas sexualmente activas ser, de facto, a utilização de preservativos durante todo o acto sexual, seja ele oral, vaginal ou anal. Os estudos relativos a pessoas sexualmente activas demonstram que os preservativos, quando são utilizados de forma correcta e consistente, são eficazes na prevenção do VIH e outras DSTs. Por exemplo, Fineberg (1988) desenvolveu um modelo matemático que prediz que o uso consistente de preservativo poderia prevenir cerca de metade das infecções sexualmente transmitidas do VIH em pessoas com um parceiro sexual e cerca de metade das infecções pelo VIH em pessoas com múltiplos parceiros. Assim, independentemente do número de parceiros sexuais e da prevalência do VIH nesses mesmos parceiros, as predições baseadas em modelos matemáticos sugerem que a utilização consistente do preservativo pode reduzir substancialmente o risco de transmissão da infecção pelo VIH na totalidade ou em metade. De acordo com Roper, Peterson e Curran (1993), a eficácia do uso consistente do preservativo é evidente, proporcionando uma redução de 70% a 100% no risco de transmissão do VIH. Verifica-se assim, que a utilização consistente do preservativo é uma medida de resultado primordial dado que quando usados de forma correcta e consistente são altamente eficazes. Um exemplo particular que demonstra a eficácia do preservativo é o resultado do Grupo de Estudo Europeu sobre a Transmissão Heterossexual do VIH: nenhuma seroconversão nos casais que utilizaram de forma consistente o preservativo, enquanto que no uso inconsistente do mesmo a taxa de seroconversão era significativamente mais elevada (De Vicenzi, 1994; cit. por Roper et al., 1993). Por consequência, reforça-se a ideia de que para que haja um elevado grau de protecção face ao VIH os preservativos devem ser usados de forma correcta e consistente, pois a utilização inconsistente proporcina baixa protecção.

A importância do foco no uso do preservativo prende-se, como acima referido, com o facto de se tratar de uma dimensão do comportamento sexual seguro (tal como a abstinência). Não obstante, dado que muitas mulheres são sexualmente activas numa série de relações monogâmicas e poucas usam preservativo de modo regular (Fazekas,

Senn, & Legerwood, 2001), a promoção do uso do preservativo pode ser a única forma realista de reduzir o risco da transmissão heterossexual do VIH nas mulheres. Por se tratar de um método de protecção tão importante, a medição dos perfis de utilização torna-se fundamental. Por exemplo, entre 1996 e 2000 nos EUA não se verificou nenhuma tendência em relação a uma maior utilização do preservativo (Anderson, 2003). Existem, assim, vários milhões de adultos que se encontram em risco de aquisição ou transmissão do VIH através de comportamentos de risco, daí a prioridade de aumentar o comportamento sexual seguro nestes indivíduos através de programas de prevenção que fomentem o uso do preservativo. Tal como se pode verificar na literatura, vários autores colocam a ênfase nas mulheres (e.g., Hobfoll & Schumm, 2002; Wingood & DiClemente, 2002), chamando a atenção para a necessidade de dar poder (*empower*) às mulheres com as competências e informação necessárias para que possam ter um papel activo na protecção da sua saúde sexual.

O uso do preservativo varia de acordo com o tipo de parceiro sexual, sendo que o uso de preservativos é menos provável com parceiros regulares do que com parceiros casuais. Por exemplo, no estudo de Theall, Sterk e Elifson (2003) as mulheres tinham significativamente maior probabilidade de relatarem o uso de preservativo nas relações vaginais com parceiros casuais do que com os parceiros regulares (54% *versus* 26%). Uma análise efectuada pelos mesmos autores sobre os preditores do uso do preservativo masculino, a seguir a uma intervenção de prevenção do VIH em mulheres Afro-Americanas utilizadoras de drogas ilegais (N=138), revelou diferenças de acordo com o tipo de relação (regular *versus* casual). O aumento do uso do preservativo com os parceiros regulares estava associado com o estatuto de utilização de drogas, com a intervenção, com as características da relação sexual, com a idade do primeiro uso do preservativo e com a história de teste para o VIH (a frequência do teste ao VIH e a idade precoce da primeira utilização do preservativo masculino encontram-se associadas com taxas mais elevadas do uso do preservativo em relações regulares), verificando-se a potencial dificuldade em introduzir os preservativos nas relações sexuais regulares. O aumento da capacidade de comunicar abertamente com o parceiro sexual foi outro factor específico do parceiro que se constituiu como preditor do aumento do uso do preservativo no tempo. O uso do preservativo com os parceiros casuais estava associado com o ter sexo sob efeito de drogas e com a frequência de uso de drogas, ou seja, as mulheres com maior frequência de sexo sob o efeito de drogas tinham maior probabilidade de aumentar o uso do preservativo com os parceiros ocasionais. As

normas pessoais relativamente ao uso do preservativo não foram factores salientes na predição do uso do preservativo. Os resultados sugerem que a auto-eficácia no uso do preservativo, a percepção do preservativo masculino e a intenção de usar preservativos podem desempenhar um papel mais amplo ao influenciar o uso do preservativo com os parceiros regulares em oposição aos parceiros casuais. Isto porque, o uso do preservativo com os parceiros regulares é determinado pelas atitudes, pelas crenças e normas, enquanto o uso do preservativo com parceiros casuais é melhor explicado pelas interações entre os parceiros sexuais. Estes resultados revelam a importância de medir as influências e os antecedentes do uso do preservativo de acordo com o tipo de relação (regular *versus* casual).

Não devemos também esquecer que embora os preservativos tenham o objectivo de controlo da natalidade e prevenção de doenças, muitas pessoas jovens consideram os preservativos acima de tudo como um método de contracepção. Por exemplo, Cooper, Agocha e Powers (1999) verificaram que os jovens heterossexuais sexualmente activos (N=902) tinham maior probabilidade de usar preservativos para prevenir a gravidez do que para prevenir a doença. De facto, o uso de contracepção oral tem surgido como uma das barreiras mais fortes face ao uso do preservativo. Maticka-Tyndale (1991) verificou que numa amostra de 1.000 estudantes, a história prévia de comportamento sexual e de guiões sexuais, juntamente com o uso de contraceptivos orais, constituíam as influências predominantes em relação ao uso do preservativo.

Outras barreiras face ao uso do preservativo encontram-se presentes na percepção das vantagens e desvantagens do mesmo. Por exemplo, um estudo realizado por Semaan, Lauby, O'Connell e Cohen (2003) examinou os factores associados com a percepção que as mulheres tinham das vantagens, desvantagens e o *decisional balance* em relação ao uso do preservativo com o parceiro principal. Os resultados das 1.938 jovens mulheres americanas mostraram que 47% teve uma classificação negativa na *decisional balance*, ou seja, a percepção de desvantagens na utilização do preservativo era superior às vantagens percebidas. Factores como ter mais idade, viver com o marido/companheiro, possuir história de DSTs ou abusar de álcool estavam associados com baixas classificações na escala de vantagens e com um resultado negativo na *decisional balance*. Também se verificou que ter múltiplos parceiros sexuais ou estar em risco para a infecção pelo VIH (com base nas percepções dos comportamentos do parceiro principal) estava associado com classificações mais elevadas na escala de desvantagens face ao uso do preservativo. Este estudo permitiu identificar as

características das mulheres que percebem mais desvantagens na utilização do preservativo, ao mesmo tempo que foca a importância de aumentar o uso do preservativo em situações que exigem comportamentos protectores. Ainda no âmbito das barreiras, Lau, Tang, Siah e Tsui (2002), ao examinarem as práticas sexuais da população feminina de Hong Kong (N=2.076), verificaram que a “confiança” e a “falta de necessidade” eram as razões mais comuns para a não utilização de preservativos. Cerca de 85% das participantes apenas pediam aos parceiros para usarem preservativo se suspeitassem que estes se tinham envolvido em sexo comercial, apesar de 75% possuir o controlo final. Estes dados permitem compreender as razões que se encontram subjacentes à decisão do uso do preservativo.

Neste campo da utilização do preservativo existem diferenças entre homens e mulheres jovens, como por exemplo: “... homens e mulheres que se encontram mais ligados nas relações, tinham menor probabilidade de usar preservativo” (Fazekas et al., 2001, p. 104). No entanto, numa meta-análise, que examinou um número de factores associados com o grau de correspondência entre a intenção de usar preservativos e o uso real dos mesmos, não se verificaram diferenças entre homens e mulheres (Sheeran & Orbell, 1998; cit. por Fazekas et al., 2001). Assim, embora as razões para a intenção de usar preservativos possam divergir entre homens e mulheres, a relação entre a intenção de usar preservativo e a acção permanece idêntica.

O desejo de engravidar é considerado pela literatura como um factor de risco pessoal para a aquisição do VIH na população feminina. De facto, não existe nenhum método que permita a protecção das mulheres face ao VIH se estas desejarem ter uma criança. De acordo com a reflexão de Wingood e DiClemente (2002), o uso do preservativo é necessário para prevenir a gravidez e o VIH, mas o desejo de ficar grávida pode eliminar a sua utilização. O’Leary e Wingood (2000), sobre os factores relacionados com a gravidez, referem que as mulheres que usam consistentemente contraceptivos orais têm metade da probabilidade de usarem preservativos comparativamente àquelas que não usam contraceptivos orais. Como já assinalámos, a não utilização de contraceptivos orais é, deste modo, interpretada como sendo um factor protector, ao passo que a sua utilização é um factor de risco para aquisição do VIH e outras doenças de transmissão sexual, inibindo o uso do preservativo. Adicionalmente, este estudo sugere que os preservativos poderão estar a ser utilizados pelas mulheres como uma forma de controlo de natalidade e não como método de prevenção para o

VIH. Este desejo de ficar grávida é mais frequente nas culturas latinas e afro-americanas em que o estatuto de maternidade é valorizado.

A confirmar a relação postulada entre gravidez e uso do preservativo encontra-se também o estudo de Wingood e DiClemente (1998b). Neste estudo verificaram que em comparação com as mulheres que não desejavam crianças, aquelas que desejavam engravidar tinham cerca de 8.5 vezes menor probabilidade de usar preservativos. Na perspectiva de O'Leary e Wingood (2000), estes factos sugerem que os programas de prevenção do VIH dirigidos às mulheres e que “abordam a dualidade conceptual da prevenção do VIH e a prevenção da gravidez” (p.182) podem ser eficazes no sentido em que valorizam o uso do preservativo. Caso a mulher decida que quer engravidar, deve fazê-lo de forma segura, como sugerem as autoras anteriormente mencionadas, ou seja, devem realizar o teste de anticorpos para o VIH juntamente com o seu parceiro.

Face a estes dados podemos concluir que embora o uso do preservativo seja essencial quer para a prevenção da gravidez, quer para a prevenção do VIH, o desejo de engravidar pode limitar a utilização consciente do mesmo e, por esta razão, a gravidez está relacionada com comportamentos de risco. É necessária maior investigação para o desenvolvimento de tecnologias que permitam à mulher engravidar sem a ameaça do VIH.

Perante o cenário de pandemia do VIH e da vulnerabilidade feminina face à mesma, urge o desenvolvimento de novos métodos com maior controlo por parte da mulher. O preservativo feminino representa o único método contraceptivo controlado pela mulher que é eficaz contra o VIH. O novo preservativo feminino aprovado em 1993 nos EUA com o objectivo de proteger a mulher face às DSTs/VIH é conhecido nos EUA por *Reality* e na Europa por *Femidom* (Gollub, 1995). A sua importância deve-se ao facto de ser um método que constitui uma alternativa essencial ao preservativo masculino, permitindo reduzir o risco se usado de forma correcta e consistente. De acordo com a literatura, o preservativo feminino é uma barreira eficaz face ao VIH (*Centers for Disease Control and Prevention* - CDC, 1993), variando a eficácia do método com utilização correcta entre os 90% (Fineberg, 1988) e os 95% (Gollub, 1995). Além de ser uma medida eficaz na profilaxia da doença, também o é enquanto método contraceptivo. Um estudo realizado por Farr, Gabelnick, Sturgen e Dorflinger (1994) indicou uma taxa de gravidez de 2.6% e nenhuma DST nas mulheres americanas que usavam o preservativo feminino de poliuretano de forma correcta e consistente num período de 6 meses. Assim, verificou-se que o preservativo feminino

proporciona eficácia contraceptiva tal como outros métodos de barreira, em particular quando usado de forma correcta e consistente, possuindo a vantagem adicional de protecção face às DSTs. Gollub (1995) menciona algumas vantagens e desvantagens na utilização do preservativo feminino. As principais vantagens do preservativo feminino (PF) em relação ao preservativo masculino (PM) incluem um maior controlo atribuído à mulher (*empowerment*), o PF pode ser inserido antes da relação sexual (o PM depende da erecção masculina), protege uma área mais vasta da vagina (protege a vulva) e tem menor probabilidade de se romper em comparação com o PM de latéx. Na vertente do autor anteriormente mencionado, Eldridge, St. Lawrence, Little e colaboradores (1995) citam as potenciais desvantagens na utilização do PF como a percepção de que é desconfortável, o facto de que requer a aceitação por parte do parceiro e de interferir com a experiência sexual. Outras características como a sua aparência menos atractiva (tamanho longo, 2 anéis), o facto de ser mais dispendioso que o PM e a sua pobre aceitação inicial por parte das mulheres, reduzem a sua utilização. Adiciona a circunstância do PF ser detectável pelo parceiro, podendo ocorrer atribuições negativas tais como acusação de infidelidade feminina (tal como quando é pedido o uso do PM). Um estudo de Soper, Shoupe, Shangold, Shangold, Gutmann e Mercer (1993), realizado com mulheres americanas sexualmente activas (N=104), mostra que tornar o preservativo feminino aceitável, acessível e usar o preservativo feminino de forma correcta e consistente, pode ter um efeito protector face à recorrência de uma DST, como é o caso da tricomonas vaginal recorrente, reforçando a importância da utilização do mesmo. Não obstante as vantagens do PF, este tem encontrado resistência dado que implica uma mudança dramática nas dinâmicas sexuais.

Em resumo, na prevenção do VIH podemos considerar várias opções de protecção. Considerando a hierarquia de opções do *New York State AIDS Institute* (Gollub, 1995), que vai desde a mais segura à menos segura, verificamos que esta começa com a abstinência e com a monogamia mútua e continua com o PM, o PF, diafragma e espermicida, e finalmente o uso individual de espermicida. Perante esta situação, o Instituto de Medicina dos EUA (1996) sugere que é tempo de uma segunda revolução contraceptiva através do desenvolvimento de métodos de protecção não detectáveis (e.g., microbicida tópico), que deve ser uma prioridade no campo da investigação científica.

Tal como é aconselhado pela literatura, através da evidência empírica que apoia a importância clínica e de saúde pública do uso consistente de preservativo para

prevenir a infecção pelo VIH, o presente estudo teve em consideração a utilização de intervenções que potenciam a futura mudança de comportamento, considerando também que tais intervenções devem incluir o uso consistente do preservativo como medida primordial de resultado para avaliar a eficácia do programa. Para permitir uma melhor compreensão da utilização ou da não utilização do preservativo, segue-se uma revisão dos estudos que investigaram de modo empírico os factores que estão correlacionados com o uso consistente do preservativo.

São considerados pela investigação empírica como correlatos do uso consistente do preservativo na população feminina um conjunto de variáveis psicossociais, por exemplo, as atitudes e as crenças percebidas, a auto-eficácia, as variáveis relacionadas com o parceiro sexual e as variáveis relacionadas com a gravidez (O'Leary e Wingood, 2000).

2.2 Preditores do Uso do Preservativo nas Mulheres e Correlatos do Comportamento Sexual de Risco

Considerando o facto de que a prevalência do VIH nas mulheres tem aumentado significativamente, tal como descrito anteriormente, e o facto do preservativo proteger a população feminina contra a gravidez não desejada, DSTs e VIH, é importante compreender quais são os factores específicos que estão a influenciar o comportamento sexual seguro ou de risco no feminino.

A informação epidemiológica é informativa e permite quantificar o risco diferencial para a infecção pelo VIH/DSTs. Contudo, proporciona uma menor compreensão da influência dos factores psicossociais, específicos de género, culturais e biológicos que são determinantes do comportamento e que colocam a mulher em risco mais elevado para o VIH do que o homem (Turmen, 2003). Na perspectiva de Wingood e DiClemente (1998e), a redução do risco da infecção pelo VIH nas mulheres sexualmente activas requer a identificação dos factores psicossociais e comportamentais associados com a tomada de risco sexual face ao VIH. Isto significa que é essencial examinar os factores associados com a não utilização do preservativo, assim como o ter múltiplos parceiros sexuais ou envolver-se em comportamentos sexuais de risco para a aquisição do VIH. De acordo com os mesmos autores, a compreensão das influências que moldam o comportamento é importante para o desenvolvimento e implementação de programas mais eficazes, desenhados para reforçar a adopção e a manutenção de comportamentos preventivos em relação ao VIH entre as mulheres.

Perante os resultados da literatura, podemos verificar que vários factores estão associados com o uso do preservativo e com o comportamento sexual de risco na população feminina, tal como se passa a citar: factores de risco sócio-económicos como a pobreza, a situação laboral, a pertença a minorias étnicas, a idade e o estado civil, e o nível de escolaridade; factores de risco comportamentais e psicossociais como a vitimização, a relação, o processo de negociação e o papel de género, os problemas de saúde mental, a história de cárcere e prostituição; os factores de risco sócio-cognitivos que incluem o conhecimento sobre o VIH, as percepções de risco, as atitudes, as crenças e a auto-eficácia; os factores sócio-culturais como as normas sociais e culturais, e as influências familiares. Passaremos a rever estes factores de risco.

2.2.1 Factores de Risco Sócio-Económicos

2.2.1.1 A Pobreza

Um dos factores psicossociais que afecta as mulheres é o seu estatuto sócio-económico (ESE). O ESE encontra-se fortemente associado com o risco de doença e com a mortalidade, afecta várias dimensões da saúde como o acesso aos serviços de saúde e o risco de resultado adverso quando existe doença (Adler, Boyce, Chesney et al., 1993). Os factores económicos desempenham um papel importante aumentando o risco das mulheres para a infecção, por exemplo, é mais provável a não utilização do preservativo nas mulheres que têm baixos níveis de rendimento (O'Leary & Wingood, 2000). A confirmar esta relação encontram-se os resultados do estudo de Anderson, Brackbill e Mosher (1996), onde se verificou que as mulheres cujo rendimento era pelo menos três vezes superior ao nível de pobreza tinham maior probabilidade do que as outras de usar preservativos para evitarem as DSTs (34% vs. 25%). Acresce ainda que as mulheres que vivem na pobreza podem não ter capacidade para comprar materiais de prevenção do VIH (preservativos), aumentando a sua exposição à doença.

A relação entre o VIH e a pobreza ocorre em ambas as direcções, ou seja, a pobreza contribui para a transmissão do VIH/SIDA e o VIH/SIDA contribui para a pobreza. Neste sentido, a *World Health Organization* (WHO, 2002) considera que as mulheres são seriamente afectadas pela pobreza porque se encontram entre os mais pobres na sociedade. Além de ser um determinante na vulnerabilidade da mulher face ao

VIH, a pobreza nas mulheres também afecta o acesso à informação, verificando-se que os homens e as mulheres de estatuto económico elevado possuem maior conhecimento sobre a prevenção do VIH do que aqueles que têm problemas económicos (WHO, 2002). De facto, a pobreza pode implicar um conjunto de circunstâncias que acabam por aumentar a vulnerabilidade feminina face ao VIH como o envolvimento em práticas de venda de sexo, a migração, limitação no acesso e uso dos serviços, entre outros previamente mencionados. Por exemplo, um estudo conduzido em Maputo, Moçambique, em 182 mulheres do ensino secundário sugere que as mulheres de classe média tinham menos parceiros sexuais, usavam preservativos mais vezes, pareciam dispostas a desafiar as normas de género e eram mais assertivas do que as suas colegas pertencentes à classe trabalhadora. Estas últimas não questionavam os diferenciais de poder de género, eram menos assertivas e tinham tendência a serem mais dependentes dos seus parceiros por razões económicas, diminuindo o seu poder de negociação e aumentando a sua vulnerabilidade para o VIH (Machel, 2001; cit. por Turmen, 2003).

O estatuto social tem sido referido nas revisões da literatura como possuindo impacto no comportamento de risco para o VIH. Neste âmbito, alguns autores colocam a questão da percepção de sobrevivência que, por conseguinte, reduz a percepção da importância de negociar o sexo seguro com o parceiro. Esta situação é característica dos grupos étnicos mais afectados pelo VIH/SIDA que também são mais atingidos pela pobreza. Assim, tem-se tentado determinar os mecanismos pelos quais a pobreza influencia o risco face ao VIH. As investigações realizadas indicam que a pobreza influencia o stresse, a victimização, um estatuto de saúde precário, o uso e abuso de substâncias, e o acesso limitado aos cuidados de saúde física e mental (e.g., *Institute of Medicine*, 1997; Smereck & Hockman, 1998). Por exemplo, Sikkema, Heckman, Kelly, Anderson, Winett, Solomon e colaboradores (1996) verificaram que as mulheres com baixos rendimentos (N=671), que se encontravam em elevado risco para o VIH, relatavam taxas mais elevadas de utilização de álcool e drogas. Além disso, verifica-se que a perda material se encontra relacionada com maior humor deprimido (Ennis, Hobfoll, & Schroder, 2000) que, por sua vez, também constitui um factor de risco para o VIH.

De facto, a revisão da literatura indica a pobreza como um factor que potencia o risco para o VIH de várias formas. Como já indicamos, o baixo estatuto sócio-económico desempenha um papel crucial na exposição ao risco por causa da elevada prevalência de drogas injectáveis por parte das mulheres com baixo rendimento ou dos

seus parceiros sexuais (Beadnell, Baker, Morrison, & Knox, 2000). Outros factores relacionados com a pobreza que potenciam o risco para o VIH incluem a troca de sexo por dinheiro e outros favores, por alojamento, tal como por drogas na população feminina (Schilling, El-Bassel, Ivanoff, Gilbert, Su, & Safyer, 1994). A literatura sobre os efeitos da pobreza na relação mulheres e risco para o VIH, também sugere que os stressores e as dificuldades encontradas pelos pobres podem contribuir para o risco face ao VIH. Isto porque tais acontecimentos acabam por retirar o VIH da lista de preocupações face aos outros problemas de vida, tal como pode ser verificado no trabalho de Marin e Marin (1991) com a população hispânica nos EUA.

Em suma, as mulheres que se encontram numa situação de pobreza, em particular as mulheres negras e as latinas, mesmo que se percepcionem como estando em risco para o VIH, podem sentir-se incapazes de praticar sexo seguro se outros riscos mais ameaçadores surgirem (Mays & Cochran, 1988), tais como os que se encontram descritos na seguinte transcrição: “...as mulheres pobres podem confrontar-se com um perigo contínuo e podem estar mais preocupadas com a obtenção de alimentação e abrigo, com a manutenção da segurança pessoal ou a segurança das suas crianças, ou com a obtenção de drogas do que em protegerem-se do VIH, enquanto que as mulheres com condições de vida mais estáveis têm maior probabilidade de implementar e manter comportamentos preventivos face ao VIH.” (Logan, Cole & Leukefeld, 2002, p. 853).

2.2.1.2 A Situação Laboral

As mulheres que se encontram desempregadas podem ter de depender economicamente dos seus parceiros. Neste contexto, algumas mulheres que estão dependentes dos seus parceiros possuem poucas alternativas a não ser o envolvimento em comportamentos de risco para o VIH impostos pelos companheiros. De facto, o uso do preservativo é predito pelo maior nível de escolaridade e pelo emprego actual (Saul, Norris, Bartholow, Dixon, Peters, & Moore, 2000). Por exemplo, num estudo realizado em mulheres afro-americanas, as mulheres que recebiam o plano de ajuda à família com crianças dependentes possuíam 3 vezes maior probabilidade de relatarem não usar preservativos nos últimos três meses quando comparadas com as mulheres que se encontravam empregadas (Wingood & DiClemente, 1998b). Por tudo isto, é importante considerar o ambiente de trabalho de modo a verificar como o estatuto laboral pode aumentar a exposição das mulheres para o VIH.

A literatura sobre a situação laboral refere que o trabalho das mulheres é caracterizado por elevadas exigências e por baixo controlo, encontrando-se estas circunstâncias relacionadas com problemas de saúde mental (Wingood & DiClemente, 2002). Por exemplo, uma ocupação que exemplifica uma posição de elevada exigência e de baixo controlo é a prostituição. Por todas estas constatações, o ambiente de trabalho das mulheres deve ser considerado de modo a permitir uma melhor compreensão do risco das mulheres face ao VIH.

Relacionado com a situação laboral está o acesso ao seguro de saúde. Possuir um seguro de saúde limitado ou inexistente é considerado um factor de risco económico. Por exemplo, St. Lawrence, Eldridge, Reidman e colaboradores (1998) verificaram que as mulheres que se encontravam em maior risco de infecção pelo VIH eram aquelas que possuíam circunstâncias de vida menos estáveis, menor educação, que estavam desempregadas ou empregadas em *part-time*, que possuíam baixo rendimento familiar e tinham maior probabilidade de receber poucos benefícios de saúde, dado que não tinham seguro. Estas circunstâncias de vida, no seu conjunto, podem reduzir o poder e o controlo que as mulheres podem ter nas relações, reduzindo a sua capacidade de insistirem no uso consistente de preservativo com os seus parceiros.

2.2.1.3 Pertença a Minorias Étnicas

A etnia constitui-se, também, como um factor de risco importante ao examinar as variáveis relacionadas com o risco para o VIH. Nos EUA, as mulheres de origem africana e as mulheres latinas encontram-se em maior risco para a transmissão do VIH, possuindo menor probabilidade de terem parceiros sexuais que usam sempre preservativos quando comparadas com as mulheres caucasianas (Catania, Coates, Kegeles et al., 1992). Marin, Tschann, Gomez e Kegeles (1993) também verificaram que as mulheres hispânicas relataram baixo uso do preservativo comparativamente às mulheres caucasianas. Adicionalmente, as mulheres hispânicas possuíam atitudes mais pobres face aos preservativos e tinham menor probabilidade do que as caucasianas de acreditar que podiam evitar a SIDA. A literatura pressupõe que seja o resultado da constatação de que as mulheres provenientes de minorias étnicas possuem menor acesso a cuidados preventivos de qualidade e de tratamento de DSTs. Comparadas com as mulheres de origem branca, as mulheres de minorias étnicas podem ter preocupações de sobrevivência mais imediatas, tais como ter dinheiro para a alimentação e abrigo, o que pode sustentar a implementação de comportamentos de saúde protectores.

Assim, a necessidade económica pode enviezar os resultados relativos às diferenças de risco com a etnia. Wingood e DiClemente (2002) salientam que a ausência de uso de preservativos pelas mulheres pertencentes a minorias étnicas não pode simplesmente ser explicada pela etnicidade ou raça. Tal como referido anteriormente, a explicação passa pelo facto de estas terem de lidar com necessidades de sobrevivência mais imediatas (e.g., abrigo para as suas crianças), especialmente aquelas que são pobres e vivem em áreas de elevada incidência do VIH, e de utilização de drogas (St. Lawrence et al., 1998). Torna-se, assim, evidente que as mulheres pobres pertencentes a minorias étnicas se encontram em risco mais elevado, não necessariamente porque os seus comportamentos sejam mais arriscados (ou seja, não têm mais parceiros sexuais) mas porque os parceiros masculinos têm comportamentos de risco (Hobfoll, Lavin, Britton, & Shepherd, 1994). Adicionalmente, verifica-se que as mulheres negras têm maior probabilidade de se envolverem em comportamentos sexuais de risco quando sob o efeito de substâncias do que as mulheres caucasianas, possuindo também maior probabilidade de subestimar o comportamento de risco dos seus parceiros (Sly, Quadagno, Harrison, Eberstein, & Riehman, 1997). Assim, as mulheres de minorias étnicas possuem menos recursos económicos que viabilizem os seus esforços de prevenção do VIH.

2.2.1.4 A Idade e o Estado Civil

Ser mulher nova/jovem é um factor de risco sócio-económico para o VIH. Para além da informação epidemiológica permitir concluir a elevada percentagem de jovens infectadas, sabe-se que as adolescentes possuem taxas mais elevadas de DSTs do que outra faixa etária ou género (Wingood & DiClemente, 2002). Vários estudos identificaram uma relação entre a idade e o uso do preservativo, onde as mulheres mais novas relatavam menor uso do preservativo (e.g., Sikkema, Heckman, Kelly, Anderson, Winett, Solomon et al., 1996). A revisão da literatura considera uma explicação: comparadas com as mulheres mais velhas, as mulheres mais novas muitas vezes têm menos poder para negociar o uso do preservativo e podem possuir menor controlo na relação sexual, aumentando o seu risco para o VIH. De facto, o estudo de Bensley, Van Eenwyk e Simmons (2000) verificou que as mulheres com idade inferior a 35 anos tinham duas vezes maior probabilidade de relatarem comportamentos de risco face ao VIH no último ano quando comparadas com as mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 49.

Existe, também, um conjunto de factores demográficos que estão associados com o facto de ter múltiplos parceiros sexuais (e.g., o estado civil). Num estudo realizado nos EUA por Seidman, Mosher e Aral (1992), as mulheres (N=8.450), com idades compreendidas entre os 15 e os 44 que tinham múltiplos parceiros sexuais possuíam 7 vezes maior probabilidade de terem iniciado a actividade sexual antes dos 16 anos, e o seu estado civil era maioritariamente solteiro ou separado. Adicionalmente, tinham cerca de 2.5 maior probabilidade de relatarem viver numa residência urbana e tinham 2 vezes maior probabilidade de relatarem não possuir qualquer afiliação religiosa. No âmbito da relação idade/estado civil e uso do preservativo, Anderson, Brackbill e Mosher (1996) verificaram que as mulheres solteiras tinham maior probabilidade do que as mulheres casadas de usar preservativos (32% vs. 24%). O estado civil também está associado com a tomada de risco para o VIH. Neste âmbito, vários estudos (e.g., Seidman, Mosher, & Aral, 1992; Wilson, 2003) indicam que as mulheres solteiras possuem maior probabilidade de terem múltiplos parceiros sexuais. Por exemplo, num estudo realizado por Wilson (2003) numa amostra comunitária de 260 mulheres caucasianas solteiras e casadas, os resultados sugerem que as mulheres caucasianas solteiras pareciam sentir-se mais vulneráveis ao VIH e a outras DSTs, tendo maior probabilidade de se envolverem em comportamentos sexuais de risco do que as mulheres caucasianas casadas. Coloca-se novamente o foco na importância dos factores sócio-culturais na compreensão dos comportamentos de risco dentro do contexto social do estatuto da relação.

2.2.1.5 O Nível de Escolaridade

Possuir menos do que uma escolaridade secundária constitui um factor de risco ou de exposição para a aquisição do VIH. Numa amostra de mulheres com idades compreendidas entre os 17 e os 44 anos (N=932), possuir menos do que a escolaridade secundária estava associado a uma menor probabilidade de usar preservativos (Anderson, Brackbill, & Mosher, 1996).

De facto, possuir menos escolaridade pode limitar a compreensão das mulheres face aos materiais impressos de prevenção do VIH ou restringir o acesso a programas de prevenção do VIH, diminuindo a capacidade para se envolverem em práticas sexuais seguras. Outro factor de risco tem a ver com o facto destas mulheres também possuírem baixo estatuto económico e baixo poder para se envolverem em medidas de prevenção (de Bruyn, 1992). A literatura também chama a atenção para a relação entre o nível de

escolaridade da mulher e o seu estatuto no emprego, deixando esta questão aberta para reflexão no contexto da teoria do género e do poder, teoria social estrutural que examina as normas específicas de género, as influências afectivas e as dinâmicas do poder nas relações (Wingood & DiClemente, 1997b), problemática sobre a qual nos debruçaremos no ponto 2.2.2.2.

2.2.2 Factores de Risco Comportamentais e Psicossociais

Existe um conjunto de factores de risco comportamentais e psicossociais que contribuem para a vulnerabilidade feminina face ao VIH, nomeadamente, a vitimização, determinadas características da relação, o processo de negociação e o papel de género, os problemas de saúde mental, a história de cárcere e a prostituição. Passaremos a rever a literatura sobre estes factores.

2.2.2.1 A Vitimização

A vitimização na infância e na idade adulta tem sido associada com o comportamento de risco para o VIH (Beadnell, Baker, Morrison, & Knox, 2000; Hobfoll, Bansal, Schurg, Young et al., 2002; Maman, Mbwapbo, Hogan, Kilonzo et al., 2002; Parillo, Freeman, Collier, & Young, 2001; Wingood & DiClemente, 1997a, 1997b; Wyatt, Myers, Williams, Kitchen et al., 2002), sendo considerada um factor de risco de exposição física. Esta questão tem sido alvo de inúmeros estudos. Por exemplo, Bensley, Van Eenwyk e Simmons (2000) descobriram, a partir de uma pesquisa telefónica (N=3.473), que o abuso sexual inicial e crónico estava associado com o aumento do comportamento de risco para o VIH nas mulheres (20% de prevalência nas 1.969 mulheres). Também a história de abuso sexual na adolescência se encontra associada com atitudes e comportamentos de risco para o VIH, como o uso inconsistente do preservativo, menor eficácia na negociação do preservativo, menor conhecimento sobre o VIH, menor controlo dos impulsos e taxas mais elevadas de DSTs (Brown, Lourie, Zlotnick, & Cohn, 2000). Considerando que os adolescentes que foram vítimas de abuso sexual têm maiores dificuldades em realizar comportamentos sexuais seguros quando comparados com aqueles que não foram sexualmente abusados, a história de abuso sexual deve ser considerada como um marcador para o comportamento sexual que coloca os adolescentes em risco para o VIH.

O abuso físico e sexual durante a infância também tem sido associado com a tomada de comportamentos sexuais de elevado risco na adolescência e na idade adulta. Por exemplo, num estudo de Wingood e DiClemente (1997a), realizado numa amostra de 165 mulheres, a prevalência do abuso sexual na infância foi de 13.3%, verificando-se que as mulheres com história de abuso na infância tinham 14 vezes maior probabilidade de relatarem DSTs, 3.8 vezes maior probabilidade de terem sexo anal, 5.1 vezes maior probabilidade de terem sido abusadas nos últimos três meses, 2.6 vezes maior probabilidade de possuírem um parceiro abusivo quando solicitavam o uso do preservativo, proporcionando forte evidência para a relação entre o abuso sexual na infância e os comportamentos de risco para o VIH na idade adulta. Os resultados do estudo de Parillo, Freeman, Collier e Young (2001) também confirmam a associação entre o abuso sexual precoce (isto é, abuso que ocorre antes dos 18 anos) e os comportamentos sexuais de risco face ao VIH na idade adulta. Neste estudo, um terço das 1.490 mulheres americanas (33.6%) relatou ter experienciado abuso sexual que envolveu penetração na infância e/ou na adolescência. As análises de regressão indicaram uma relação significativa entre o abuso sexual precoce e os comportamentos de risco na idade adulta (venda de sexo por dinheiro ou por drogas, número de parceiros sexuais, relações sexuais vaginais/anais desprotegidas). Ter sido violada na idade adulta mediou a relação entre o abuso sexual precoce e os três comportamentos de risco examinados, embora não possamos delegar para segundo plano a importância da vulnerabilidade de revictimização dos sobreviventes ao abuso. Verificou-se adicionalmente que o abuso que ocorreu apenas na infância (antes dos 12 anos) e aquele que ocorreu na infância e adolescência (entre os 12 e os 18 anos) tinha um impacto mais forte nos comportamentos de risco tardios do que o abuso que apenas ocorreu na adolescência. Estes dados indicam que a infância constitui um período crítico no desenvolvimento sexual, social e pessoal do indivíduo e o abuso sexual nesta fase pode distorcer as crenças das mulheres relativamente à sexualidade, pelo que as mulheres abusadas na infância podem envolver-se em comportamentos de elevado risco para o VIH mais facilmente do que as mulheres abusadas na adolescência como resultado do distúrbio no seu desenvolvimento. Em relação à violação na idade adulta, esta parece intensificar os efeitos do abuso sexual precoce aumentando o envolvimento das mulheres abusadas em comportamentos de risco. A confirmar a relação entre o abuso e o VIH encontra-se ainda o estudo de Simoni e Ng (2002) realizado numa amostra de 230 mulheres hispânicas e afro-americanas seropositivas. Neste estudo, as mulheres

seropositivas revelaram elevados níveis de trauma sexual (39%) e físico (44%) antes dos 16 anos, verificando-se que ambos os tipos de trauma precoce estavam correlacionados com trauma posterior (este padrão de victimização repetida tem sido confirmado em estudos longitudinais prospectivos) e todas as formas de trauma estavam significativamente associadas com a percepção actual de saúde.

Para compreender a relação entre o abuso sexual precoce e o risco para o VIH, Miller (1999; cit. por Parillo et al., 2001) desenvolveu um modelo onde a relação abuso sexual e risco para o VIH é mediada por três vias: uso de drogas para lidar com a experiência de abuso sexual, problemas de ajustamento sexual relacionados com a tomada de riscos sexuais e psicopatologia (e.g., depressão). Estas vias são orientados por mecanismos que motivam o comportamento de risco face ao VIH: uso de drogas para auto-medicação, participação em comportamentos auto-destrutivos e uso da dissociação como estratégia de protecção do *self*. Assim, as mulheres com histórias de abuso sexual podem-se envolver em actividades sexuais arriscadas devido aos comportamentos sexuais e crenças sobre a sexualidade que desenvolveram em resposta ao abuso. De facto, a revisão da literatura confirma a associação entre o trauma infantil e o *distress* psicológico posterior ou problemas de violência, indicando mais especificamente que o abuso físico, o abuso sexual, o abuso psicológico, tal como as crianças serem testemunhas de abuso parental, encontram-se todos associados com problemas posteriores de violência e de psicopatologia (Sappington, 2000).

A comparação do poder preditivo face ao VIH do abuso físico e do abuso sexual numa amostra de 160 mulheres foi alvo de um estudo de Hobfoll, Bansal, Schurg, Young, Pierce, Hobfoll e Johnson (2002). Os resultados deste estudo revelaram que o abuso físico e emocional na infância possuía maior impacto no humor deprimido, na cólera/irritação e no risco para a SIDA do que o abuso sexual na infância. Adicionalmente, as mulheres que foram física e emocionalmente abusadas na infância tinham 5.14 vezes maior probabilidade de possuírem uma DST durante a vida em comparação com as mulheres que apenas experienciaram abuso marginal ou nenhum abuso físico-emocional. Assim, verificou-se um maior poder preditivo do abuso físico-emocional quando comparado com o abuso sexual na infância.

Uma hipótese colocada para a associação da vitimização e do comportamento de risco face ao VIH é de que a vitimização está associada com a subsequente dor física e emocional, o que posteriormente conduz ao uso de substâncias como estratégia de *coping* ou auto-medicação (e.g., Bensley, Van Eenwyk & Simmons, 2000). Por

exemplo, Harrison, Fulkerson e Beebe (1997) descobriram que o abuso físico e sexual estava associado com um aumento da probabilidade de uso de álcool e drogas na população adolescente, e que o uso de substâncias múltiplas era superior nas vítimas que relatavam simultaneamente abuso físico e sexual. Adicionalmente, verificaram que as vítimas de abuso também relataram iniciar o uso de substâncias mais cedo do que os que não sofreram abuso e citavam mais razões para a utilização, incluindo o uso como uma estratégia de *coping* para lidar com emoções dolorosas e para escapar aos problemas. Assim, parece existir uma relação cíclica da vitimização e uso de substâncias: a vitimização aumenta o risco de uso de substâncias e o uso de substâncias aumenta o risco de vitimização no futuro. De facto, o uso de substâncias encontra-se associado com comportamentos sexuais de maior risco (El-Bassel, Witte, Wada, Gilbert, & Wallace, 2001).

Em relação ao abuso sexual, sabe-se ainda que a violação aumenta a vulnerabilidade da mulher para o VIH. De facto, as mulheres com história de violação possuem menor probabilidade de usar preservativos, de negociar o uso de preservativos e possuem maior probabilidade de terem um parceiro fisicamente abusivo, aumentando assim o seu risco para o VIH (Wingood & DiClemente, 1998c). A sequência lógica que explica esta vulnerabilidade centra-se no facto de a experiência de abuso sexual diminuir a capacidade de negociação do sexo seguro (assertividade) pelo medo de algum atentado violento à integridade física ou à sobrevivência. Por esta razão, as intervenções sociais e comportamentais para as mulheres devem abordar a violência sexual contra as mulheres e proporcionar recursos para as mulheres que são sobreviventes da violação.

De facto, a violência aumenta a vulnerabilidade da mulher face ao VIH. Uma das formas mais comuns de violência é aquela que é realizada contra as mulheres pelos parceiros íntimos ou “violência doméstica”, que surge como abuso físico muitas vezes acompanhado por violência sexual. A violência doméstica é prevalente nas comunidades em elevado risco para o VIH (O’Leary & Jemmott, 1995). Informação mais recente foca a relevância da violência doméstica na compreensão do risco para o VIH. Por exemplo, as análises preliminares de um estudo com 2.781 mulheres parceiras sexuais de utilizadores de drogas endovenosas (algumas das quais utilizadoras) mostram que 45% das participantes relataram abuso físico e 31% sexo forçado pelo parceiro (Weissman & Brown, 1995).

Alguns estudos revelam que as mulheres que possuem experiência de violência por parte do parceiro também se encontram em elevado risco para o VIH. Por exemplo, Beadnell, Baker, Morrison e Knox (2000) descobriram que as mulheres vítimas de abuso físico tinham maior probabilidade de possuir parceiros de elevado risco para o VIH (utilizadores de drogas endovenosas, homossexualidade, outras parceiras sexuais ou ser seropositivo). Este estudo sobre os factores de risco para o VIH/DSTs nas mulheres com parceiros masculinos violentos comparou 167 mulheres categorizadas do seguinte modo: mulheres sem abuso, mulheres com abuso emocional ou mulheres com abuso físico na relação principal. Verificou-se que as mulheres vítimas de abuso físico tinham maior probabilidade, em comparação com as outras mulheres, de possuírem parceiros de risco em relações estáveis, as suas relações sexuais eram caracterizadas por elevados níveis de risco (e.g., menor utilização do preservativo) e relatavam envolvimento em relações sexuais não desejadas, possuindo baixa auto-eficácia na negociação do uso do preservativo. Adicionalmente, possuíam risco mais elevado de DSTs, *distress* psicológico, abuso de substâncias (e estar sob a sua influência nas relações sexuais), crenças mais tradicionais em relação aos papéis de género, baixa auto-estima, tinham maior probabilidade de terem sido violadas e de se envolverem em sexo por dinheiro, tal como menor probabilidade de participação em grupo nos projectos de redução do risco para DSTs/VIH. Os resultados deste estudo para as mulheres vítimas de abuso físico podem reflectir um efeito sinérgico do abuso físico e do abuso emocional, uma vez que muitas vezes o abuso psicológico ocorre nos relacionamentos fisicamente abusivos (O’Leary & Jouriles, 1994; cit. por Beadnell et al., 2000).

Grande parte dos estudos sublinha o facto de que a maioria das mulheres em risco para o VIH tiveram experiência de múltiplas vitimizações (por exemplo, como o abuso sexual na infância e na idade adulta, violação e violência por parte do companheiro, e abuso físico). Por exemplo, num estudo de El-Bassel, Witte, Wada, Gilbert e Wallace (2001) verificaram que as mulheres que experienciaram abuso físico e sexual na infância tinham maior probabilidade de relatar abuso sexual na idade adulta, explicando que como resultado do trauma inicial as mulheres podem continuar a reflectir-se num ciclo vicioso de abuso por parte do parceiro. Neste domínio da investigação, torna-se pertinente estudar a complexa interacção entre a experiência de abuso sexual na infância, a vitimização na idade adulta e o subsequente risco para DST/VIH.

Outros estudos também permitem verificar que ter um parceiro fisicamente abusivo aumenta o risco da mulher face ao VIH. Por exemplo, Wingood e DiClemente (1997b) realizaram um estudo que examinou as consequências de ter um parceiro fisicamente abusivo no uso do preservativo e nas práticas de negociação sexual numa amostra de 165 mulheres jovens de etnia Afro-Americana. Os resultados revelaram que 17.6% das mulheres relataram ter um parceiro primário abusivo nos últimos três meses antes da entrevista, tal como múltiplos episódios de abuso. Estas mulheres que se encontravam em relações abusivas tinham menor probabilidade, em comparação com as mulheres que não se encontravam em relações abusivas, de usar preservativos, maior probabilidade de relatarem nunca usar preservativos (71.4 vs. 42.6%, $p=0.04$), ou de os usar com menor frequência (22 vs. 44%, $p=0.04$) e maior probabilidade de vivenciar abuso verbal, emocional e ameaças de abuso físico e de abandono quando discutiam sobre o uso dos preservativos com os parceiros masculinos. Adicionalmente, tinham mais medo de pedir aos seus parceiros para usarem preservativo, maior preocupação em relação à aquisição do VIH, sentiam-se mais isoladas do que as mulheres que não se encontravam em relações abusivas e tinham menor probabilidade de acreditar que os seus parceiros se preocupavam com elas. Quer nas mulheres afro-americanas, quer nas latinas, o medo de obter uma resposta agressiva do parceiro face ao pedido de uso do preservativo constitui um preditor importante da não utilização do preservativo (e.g., Marin, Tschann, Gomez, & Kegeles, 1993).

Ainda no contexto da violência doméstica, outros estudos confirmam que a violência é um factor de risco para a infecção pelo VIH. Por exemplo, Maman, Mbwapo, Hogan, Kilonzo e colaboradores (2002) compararam as experiências de violência por parte do parceiro em 245 mulheres. Os resultados indicam que a probabilidade de relatarem pelo menos um acontecimento violento (violência física e sexual) era significativamente mais elevada nas mulheres seropositivas do que nas mulheres que tiveram um resultado negativo no teste ao VIH. A probabilidade de relatarem violência por parte do parceiro era dez vezes mais elevada nas mulheres seropositivas mais jovens (<30 anos) do que nas mulheres jovens com estatuto negativo. Este estudo sublinha a forte associação entre a história prévia de violência e o estatuto de VIH das mulheres: as mulheres infectadas com o VIH tinham significativamente maior probabilidade de terem tido um parceiro fisicamente abusivo durante a sua vida e de terem experienciado violência física, sexual ou ambas com o parceiro actual. Os resultados do estudo de Wyatt, Myers, Williams, Kitchen e colaboradores (2002) vão de

encontro a estes dados. De facto, verificou-se que a raça/etnia não era um preditor independente de risco para o VIH, mas as mulheres seropositivas tinham maior probabilidade de terem mais parceiros sexuais, DSTs e histórias de abuso mais severas do que as mulheres cujo teste foi negativo para o VIH. Concluíram assim, que a história de trauma era um factor de risco geral para as mulheres, independentemente da sua etnia. Verificaram adicionalmente, que os recursos materiais limitados, a exposição à violência e os comportamentos sexuais de elevado risco eram os melhores preditores proximais do risco para o VIH.

Ter informação sobre os factores de risco é um precursor importante para o desenvolvimento de programas de prevenção do VIH para as mulheres. O estudo de Schumacher, Feldbau-Kohn, Slep e Heyman (2001) sobre a revisão dos factores de risco do abuso físico do homem em relação à mulher revela que os factores de risco para as mulheres que são victimizadas incluem menor nível de educação, desemprego e história de vitimização emocional/verbal na infância. Para além dos factores de risco referidos, verifica-se simultaneamente um reconhecimento de que as mulheres vítimas de abuso físico se encontram em elevado risco porque nem sempre revelam o abuso e estão vulneráveis à violência sexual (Seligson & Bernas, 1997).

Uma explicação para a relação entre a vítima e o VIH tem a ver com a dinâmica do relacionamento com o parceiro sexual. Por exemplo, a violência pode ocorrer em resposta à negociação do preservativo (Koenig & Moore, 2000). A mudança de comportamento requer a cooperação de outra pessoa, neste caso do parceiro sexual. O'Leary e Jemmott (1995) consideram que as mulheres receiam perder os parceiros se insistirem no uso de preservativos ou outros comportamentos sexuais seguros. De acordo com a revisão da literatura, os preservativos podem sugerir infidelidade e as técnicas sexuais não penetrativas, tais como a masturbação mútua, podem ser consideradas inaceitáveis pelos parceiros ou pelas próprias mulheres. De facto, os resultados psicológicos das relações de violência parecem aumentar a vulnerabilidade da mulher face ao VIH. Estes resultados podem incluir a depressão, a ansiedade, diminuição da motivação, competências e auto-eficácia para a redução do risco (Beadnell et al., 2000).

No geral, considerando a revisão de 29 estudos realizados nos EUA e no continente africano (Maman, Campbell, Sweat, & Gielen, 2000), existe ampla evidência da relação entre a epidemia do VIH e a violência. Mais concretamente, os dados vão de encontro aos três possíveis mecanismos através dos quais a violência aumenta o risco

das mulheres para o VIH: (1) através de relações sexuais forçadas com um parceiro infectado (o sexo forçado encontra-se indirectamente relacionado com o VIH; este ocorre no mesmo contexto que outros comportamentos de risco para o VIH), (2) limitando a capacidade das mulheres de negociarem comportamentos sexuais seguros (verifica-se a relação entre violência por parte do parceiro e ausência do uso do preservativo, tal como descrito pelo estudo de Wingood e DiClemente de 1997b) e (3) estabelecendo um padrão de tomada de risco nos indivíduos que foram vitimizados na infância e na adolescência. A evidência sugere que a violência contra as mulheres pode limitar o impacto das estratégias de prevenção do VIH, sendo necessários mais estudos prospectivos para descrever os meios através dos quais a vitimização da violência pode aumentar o risco das mulheres para o VIH.

Os resultados dos estudos sublinham a importância para a saúde pública de compreender as consequências da violência doméstica e da história de abuso (físico, emocional e sexual) no âmbito da prevenção do VIH e de outras DSTs na população feminina heterossexual.

2.2.2.2 A Relação, o Processo de Negociação e o Papel de Género

Nas últimas décadas têm ocorrido mudanças dramáticas no estilo de vida e nos papéis sociais para as mulheres. Torna-se, por esta razão, necessário compreender os efeitos destas variáveis, como, por exemplo, a redefinição dos papéis de género, que podem influenciar a saúde das mulheres (Rodin & Ickovis, 1990). Simultaneamente, a saúde sexual das mulheres é directamente afectada pelo seu baixo estatuto de poder na sociedade e pela falta de autonomia sexual, o que aumenta o risco para problemas no âmbito da saúde sexual, incluindo o VIH (Amaro, Raj, & Reed, 2001). Na realidade, o género tem-se tornado um instrumento conceptual importante para compreender a pandemia do VIH, mais concretamente as desigualdades de género e a discriminação contra as mulheres teve um impacto no curso da epidemia (e.g., Dowsett, 2003; Turmen, 2003). Quando falamos de género referimo-nos a um construto social que diferencia o poder, papéis, responsabilidades e obrigações das mulheres dos homens na sociedade (WHO, 2002).

O conceito de poder torna-se relevante quando relacionado com o comportamento sexual de risco na díade homem-mulher. O poder nos relacionamentos tem sido definido como a capacidade de influenciar as atitudes ou comportamento de outra pessoa (Tschann, Adler, Millstein, Gurvey, & Ellen, 2002). As bases do poder são

constituídas pelos bens ou recursos pessoais que uma pessoa tem disponíveis para influenciar o seu ou sua parceira(o). Qualquer recurso pessoal, tal como rendimento, aparência, ou nível de compromisso, que alguém dedica a uma relação, pode ser considerado uma base de poder. A pessoa que levar maiores recursos para um relacionamento é considerada como possuindo maior poder. O género também pode influenciar que parceiro tem poder e quem é que consegue impor ou não o uso do preservativo. Quando existe uma desigualdade de poder nos relacionamentos de namoro ou de casamento, os homens tendem a perceber-se como possuindo maior poder do que as mulheres percebem ter (Peplau & Campbell, 1989; Sprecher, 1997; cit. por Tschann et al., 2002). Estas diferenças de género podem ser explicadas pelo estatuto social desigual das mulheres ou pelas diferenças de género no comportamento. Um aspecto adicional relacionado com o género é o facto de que o uso do preservativo é controlado fisicamente pelos parceiros masculinos. Por esta razão, as mulheres podem perceber-se como estando em desvantagem relativamente à negociação do uso do preservativo como já havia sido mencionado.

Os diferenciais de poder também influenciam as escolhas sexuais das mulheres. Neste caso, o poder diz respeito ao exercício da escolha sobre quando e como se quer ter relações sexuais e usar preservativos. As normas tradicionais de género encorajam as mulheres a serem sexualmente passivas e os homens a iniciarem o ritual sexual (Marin et al., 1993). Este diferencial de poder também pode tornar algumas mulheres incapazes de negociar com eficácia o uso do preservativo. Assim, a questão do poder e dos papéis de género emerge como uma barreira importante à redução do risco para o VIH. Por exemplo, Saul e colaboradores (2000), ao estudarem a influência do poder no comportamento protector, verificaram que o uso do preservativo era predito pela curta duração das relações, pelo menor investimento nas relações e por maior comunicação relacionada com o VIH. A questão é da maior importância uma vez que as mulheres devem confiar na cooperação dos seus parceiros masculinos para o uso de preservativos.

A desigualdade de poder nas relações heterossexuais está patente nas normas sociais que acabam por ditar a monogamia para as mulheres e não para os homens, considerando ainda que os homens possuem o controlo sobre o uso do preservativo e considerando também a violência dirigida às mulheres. Existem um conjunto influências do parceiro e factores relacionados com o género que se encontram associados com a não utilização do preservativo nas mulheres. Por exemplo, Wingood e DiClemente (1998b) verificaram que as mulheres cujos parceiros sexuais não

utilizavam preservativos tinham 4 vezes maior probabilidade de acreditar que pedir ao parceiro para usar preservativo tinha implícito que ele seria infiel, 3 vezes maior probabilidade de terem um parceiro resistente ao uso de preservativos, 2 vezes maior probabilidade de serem sexualmente não assertivas, 3 vezes mais probabilidade de terem tido um parceiro sexual. Este estudo vem adicionar o facto de que a não utilização do preservativo por parte da mulher deve ser contextualizada no enquadramento das relações de género. Assim, a não utilização do preservativo por parte da mulher é influenciada por factores sócio-económicos, desigualdades de poder nas relações e normas culturais específicas de género, oferecendo o enquadramento teórico da teoria do género e do poder para compreender a não utilização do preservativo no contexto específico de género. Outro estudo, relativo aos factores associados com a utilização do preservativo, conduzido por St. Lawrence, Eldridge, Reidman e colaboradores (1998), numa amostra de 423 mulheres afro-americanas, revelou que as mulheres monogâmicas tinham menor intenção de usar preservativo, percepcionavam-se como estando em menor risco, e usavam preservativos menos vezes. Por questões relacionadas com a fidelidade e compromisso para com o parceiro, as mulheres em relações monogâmicas acreditam que o uso de preservativo é desnecessário. Este facto é curioso dado que a maioria das mulheres que acabam por ser diagnosticadas como sendo portadoras do VIH, são na realidade infectadas pelo parceiro principal (O'Leary & Wingood, 2000).

O facto de muitas mulheres sugerirem o uso do preservativo pode ser percebido por alguns homens como sinónimo de infidelidade feminina. Adicionando a este factor encontram-se os ciúmes sexuais, precursor da violência bem documentado na literatura, podendo surgir o medo em relação ao parceiro sexual. É importante compreender as reacções dos homens aos pedidos de uso do preservativo por parte das mulheres. Num estudo de Neighbors, O'Leary e Labouvie (1999), verificou-se que os parceiros masculinos que relatavam uma história de violência doméstica severa tinham maior probabilidade de avaliarem o pedido do uso do preservativo, por parte da parceira, de forma mais negativa e tinham também maior probabilidade de realizarem comportamentos coercivos em resposta ao pedido, do que os companheiros não violentos.

Considerar a importância do papel de género é imperativo para compreender o comportamento sexual e os comportamentos de risco para o VIH, embora tenha havido uma ausência de discussão sobre a importância dos papéis de género. De facto, o desequilíbrio de poder pode afectar diferencialmente o comportamento dos homens e

das mulheres (Amaro, 1995). Como veremos, o impacto dos papéis de género na comunicação face à sexualidade e a negociação do sexo seguro é uma das variáveis mais importantes na predição do uso do preservativo nos homens e mulheres heterossexuais. Por exemplo, o estudo realizado por Catania, Coates, Kegeles e colaboradores (1992), em San Francisco, revelou que a comunicação sexual era um importante preditor do uso consistente de preservativo em ambos os géneros, constatando que os programas de promoção do uso do preservativo devem desenvolver competências de comunicação sexual.

Compreender a comunicação sexual na era da SIDA, a percepção do risco e da confiança, é fundamental. Lear (1995) considera que a prática do sexo seguro envolve um processo complicado de negociação sexual. Por exemplo, a forma como o sexo é negociado é avaliado de forma diferente consoante o género e varia de acordo com o grau de intimidade na relação ou consoante o acto sexual, pelo que este processo vai depender da percepção do risco e da confiança. É, por isso, necessário que os programas de prevenção do VIH tenham em conta estas dinâmicas.

É essencial investigar os efeitos dos factores relacionados com o género (e.g., o poder na relação, a comunicação sexual, o abuso e os papéis de género) nas competências das mulheres para se envolverem em comportamentos protectores. Os estudos revistos por Amaro e Raj (2000) deram um contributo significativo, proporcionando trabalho empírico sobre a associação entre o risco das mulheres para o VIH e o seu poder nas relações sexuais íntimas heterossexuais, especialmente em situações de abuso como foi assinalado nos capítulos anteriores. Estes estudos (e.g., Beadnell, Baker, Morrison, & Knox, 2000; Saul, Norris, Bartholow, Dixon, Peters, & Moore, 2000) indicam que o poder na relação é uma variável contextual importante que molda a capacidade da mulher de envolver o seu parceiro em comportamentos sexuais seguros em relação ao VIH e as dinâmicas de poder baseadas no género nas relações impedem a mulher de iniciar e manter a redução do risco sexual nas relações. Contudo, as dinâmicas de poder por si só não são suficientes para explicar o risco nas mulheres. É necessário compreender como a falta de poder das mulheres nos níveis sociais e estruturais se relacionam com o VIH. Assim, compreender as dinâmicas da opressão e como isto tem um impacto directo na autonomia feminina é a chave para compreender a ligação entre o poder e o risco. Amaro e Raj (2000) sugerem um enquadramento para compreender o risco das mulheres face ao VIH no contexto da opressão (silenciamento,

violência e medo da violência, e opressão internalizada) e o papel do poder nas relações sexuais íntimas.

A investigação proporciona evidência da importância das relações para as mulheres e para o facto das relações serem centrais para a identidade das mulheres e para o seu comportamento, tal como se pode verificar no livro de Jean Baker Miller (1991) intitulado *Toward a New Psychology of Women*. A teoria do *self* na relação (Miller, 1991) realça a importância das relações para as mulheres, constatando que o estatuto das mulheres como subordinadas engloba a negação das suas próprias necessidades para “servir os outros – primeiro os homens e depois as crianças” (p. 62). Nesta perspectiva, pode ser difícil para uma mulher agir em prol do seu próprio benefício e sobre as necessidades ou felicidade dos outros. Por exemplo, as mulheres que se encontram em relações de compromisso muitas vezes colocam a manutenção e reforço da relação como uma prioridade e colocam o comportamento auto-protector como algo secundário porque “para muitas mulheres a ameaça de interrupção das conexões é percebida não apenas como perda de uma relação mas como algo próximo à total perda do *self*” (Miller, 1991, p. 83). Por esta razão, as intervenções de prevenção do VIH baseadas nas competências para as mulheres têm como foco primordial que as mulheres coloquem as suas necessidades acima das necessidades e desejos dos seus parceiros (Miller, 1991). Pressupõe-se que as mulheres que possuem menor poder na relação têm menor probabilidade de fazer exigências que podem ameaçar a relação. De acordo com a revisão da literatura, maiores níveis de dependência numa relação por parte da mulher está correlacionado com menor liberdade ou poder sexual na relação (Blumstein & Schwartz, 1983; cit. por Logan, Cole, & Leukefeld, 2002). Assim, a falta de poder das mulheres nas relações heterossexuais muitas vezes conduz a constrangimentos no seu comportamento sexual (Wingood & DiClemente, 2002).

Para além do medo da perda, a ideia de conflito numa relação pode travar as possíveis exigências ou pedidos por parte das mulheres. Torna-se, por isso, importante examinar o poder relativo entre os parceiros sexuais e o uso do preservativo. Por exemplo, Tschann, Adler, Millstein, Gurvey e Ellen (2002) examinaram como o poder relativo no domínio da intimidade emocional está relacionado com o uso do preservativo numa população adolescente. Verificou-se que o parceiro que tinha menos desejo de intimidade emocional era considerado como tendo mais poder nesse domínio, tendo maior probabilidade de fazerem o que queriam em relação ao uso do preservativo do que os adolescentes que possuíam menor poder neste domínio. Assim, constatou-se

que os rapazes relataram maior poder na intimidade emocional e maior poder de tomada de decisão do que as raparigas.

O papel do conflito no comportamento preventivo face ao VIH assenta no princípio de que se as mulheres acreditam que as negociações relativas ao sexo seguro irão causar conflito na relação, elas estarão menos motivadas para abordar o assunto. A este respeito a investigação indica que as expectativas da mulher face à reacção do parceiro no uso do preservativo é um preditor significativo de ela fazer o pedido, dado que estes pedidos podem ser interpretados pelos homens como sinal de infidelidade feminina ou doença, desconfiança do parceiro ou ausência de preocupação pelo seu prazer (O’Leary, 2000). Pelas razões citadas atrás, a constatação é de que as mulheres não se encontram apenas em risco para a infecção pelo VIH por causa do comportamento dos seus parceiros, mas, também, o pedirem aos seus parceiros para modificarem o seu comportamento sexual protector (por exemplo, usar preservativo) pode colocá-las em risco para a violência (Wingood & DiClemente, 1997b).

Em suma, coloca-se a questão decisiva: que factores relacionais podem ser importantes para permitir a protecção face ao VIH? O’Leary e Jemmott (1995) identificam o conferir *empowerment* (definido como a motivação, liberdade, e capacidade de agir com objectivos, com a mobilização de energia, recursos, forças, e poderes de cada pessoa através de um processo mútuo, relacional, diferente do conceito de poder, que está associado com o ter controlo ou poder sobre os outros; Surrey, 1991; cit. por Amaro, 1995) como um aspecto fulcral na redução do risco. Consideram adicionalmente questões de curto e de longo prazo. A mudança nos papéis de género apenas seria possível através de longos processos, enquanto que a aprendizagem de competências no campo específico da negociação do preservativo com os parceiros seria possível enquanto estratégia a curto prazo de protecção face ao VIH.

Neste processo de negociação do uso do preservativo, em que a auto-eficácia desempenha um papel central, a influência das competências de comunicação é essencial (Baele, Dusseldorp, & Maes, 2001). As competências de comunicação no contexto da negociação do uso do preservativo abarcam aspectos emocionais e operacionais. A confiança na imagem, a capacidade percebida para lidar com eventuais impressões negativas causadas pela proposta do uso do preservativo, estão relacionadas com motivos emocionais para se ser aceite pelo parceiro. Este aspecto deve ser diferenciado da assertividade e das competências verbais necessárias para o comportamento de persuadir alguém a ter sexo seguro. No geral, estes aspectos têm

consequências diferentes em relação ao uso do preservativo: maior assertividade e menor auto-confiança (*image confidence*) tendem a estar associadas a níveis mais elevados de intenção do uso do preservativo e respectiva consistência.

Os investigadores que tentam aumentar as práticas sexuais seguras encontraram evidência recente de que o uso de preservativos é um processo activo que implica uma negociação entre os parceiros sexuais (Wingood & DiClemente, 2000). Juntamente com a crença popular da nossa sociedade de que as mulheres e os homens comunicam de modo diferente, é assumido na generalidade que as mulheres e os homens desempenham diferentes papéis na negociação do uso do preservativo. Esta assumpção é apoiada indirectamente pela investigação que examina a relação entre género e uso do preservativo. Os estudos que analisam a influência do género têm encontrado, de modo consistente, diferenças relacionadas com atitudes, intenções e comportamentos associados com o uso do preservativo (e.g., Chan & Fishbein, 1993). No geral, os resultados destes estudos sugerem que enquanto as mulheres possuem atitudes mais positivas face às dimensões interpessoais do uso do preservativo, os homens sentem-se menos embaraçados em relação à compra e transporte de preservativos. Por isso, existe uma razão para acreditar que os homens comprem e transportam os preservativos mas confiam nas mulheres para negociar a sua utilização. Carter, McNair, Corbin e Williams (1999) descobriram que as mulheres e os homens desempenham papéis únicos no processo de negociação. As mulheres tinham maior probabilidade, em comparação com os homens, de convencer os seus parceiros a usarem preservativo embora estes não o desejassem e os homens tinham maior probabilidade de relatarem terem sido convencidos a usar preservativo, mas também relataram que era mais provável convencer a parceira a não usar preservativo. Adicionalmente, os homens relataram maior intenção de usar preservativos e maior responsabilidade no processo de tomada de decisão do que as mulheres. Parece que as intenções dos homens em usar preservativo estavam dependentes da assumpção de que a parceira feminina iniciaria a decisão face ao uso do preservativo.

A percepção de poder também influencia o comportamento sexual das mulheres. Num estudo de Soet, Dudley e Dilorio (1999) foram examinadas as diferenças nas atitudes sexuais e no comportamento de 615 mulheres solteiras sexualmente activas com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos, que se descreviam como dominantes na sua relação com o parceiro masculino, ou partilhando a dominância de forma igualitária, ou dominadas pelo parceiro masculino. Os resultados indicaram que a

dominância percebida era um preditor significativo do poder pessoal das mulheres (auto-eficácia e expectativas de resultado) em relação à tomada de decisão sexual na sua relação actual e comportamentos sexuais de risco.

As implicações interpessoais do uso do preservativo podem ter um impacto dramático na decisão de usar ou não o preservativo. Por exemplo, a questão da confiança é muitas vezes usada para justificar os comportamentos sexuais de risco. Não usar preservativo é, por vezes, considerado um método eficaz para demonstrar e/ou criar confiança (e.g., Maticka-Tyndale, 1991). As mulheres podem acreditar que a não utilização do preservativo ou o seu uso descontínuo simboliza intimidade e confiança (Lear, 1995). Adicionalmente, é provável que o pedir ao parceiro primário que use preservativos seja percebido como uma acusação de infidelidade (Fazekas et al., 2001).

Aspectos relacionados com a percepção de responsabilidade no uso do preservativo também abarcam potenciais implicações interpessoais. Se assumirmos que o comportamento responsável é uma qualidade positiva e desejável, poderíamos especular que as mulheres que percebem o uso do preservativo como um comportamento responsável e maduro podem estar mais propensas a usar de facto o preservativo (Fazekas et al., 2001). Em relações onde existe um desequilíbrio de poder, com homens resistentes ao uso do preservativo, a insistência das mulheres na utilização do preservativo ou na recusa de relações sexuais pode resultar no conflito relacional e na perda de apoio económico, social e psicológico. Uma vez que os preservativos masculinos são um passo na protecção face ao VIH que é controlado pelo homem, é necessário que as mulheres não usem apenas os preservativos, mas também que negoceiem com sucesso a sua utilização com os homens, que muitas vezes possuem atitudes resistentes à profilaxia. Por esta razão, a investigação relativa à prevenção tem-se focado nas novas tecnologias que estão sob o poder da mulher como é o caso do preservativo feminino e os microbicidas tópicos.

Como já vimos a referir, os comportamentos sexuais das mulheres são altamente dependentes da natureza da relação que possuem com o seu parceiro masculino. De facto, possuir um parceiro sexual de elevado risco numa relação estável constitui uma exposição física para o VIH. As mulheres com parceiros estáveis que não usam preservativo podem ainda aumentar o seu risco para o VIH porque as relações sexuais que ocorrem fora da relação principal não são discutidas. Por exemplo, Wingood e DiClemente (1998d) examinaram os correlatos psicológicos do uso consistente de

preservativo em 128 mulheres afro-americanas de baixo rendimento. Verificou-se que as mulheres que eram utilizadoras consistentes de preservativos tinham maior probabilidade de possuírem elevadas competências de comunicação assertiva, de desejarem não ficarem grávidas, de terem elevado auto-controlo sexual sobre o uso do preservativo, de percepcionarem terem controlo sobre o uso de preservativos por parte do parceiro, de serem mais novas, e de terem um parceiro que não se encontrava comprometido com a relação.

Existem de facto muitas variáveis relacionadas com o parceiro que surgem associadas com o facto de se ser uma utilizadora consistente de preservativos. Mais especificamente, verifica-se que as mulheres que vêem o seu parceiro como possuindo baixo compromisso na relação (Wingood & DiClemente, 1998d) e aquelas que se encontram em relacionamentos de curta duração (Plitcha, Weisman, Nathanson, et al., 1992), menos de 3 meses, e com parceiros que preferem os preservativos para contraceção, têm maior probabilidade de usar preservativos de modo consistente. Este último estudo de Plitcha e colaboradores (1992) indica que o ter uma relação de curta duração com um parceiro é um importante preditor do uso de preservativo, mesmo quando se controla o tipo de parceiro (principal ou casual). Adicionalmente, verificou-se que era menor a probabilidade de utilização do preservativo nos utilizadores consistentes de contraceptivos orais. Numa revisão de O’Leary e Wingood (2000), os resultados enunciados pelos estudos sugerem que as mulheres têm maior probabilidade de usarem preservativo no início da relação com um novo parceiro, mas esta utilização torna-se descontínua quando se apercebem que o companheiro está empenhado na relação e que a utilização do preservativo pode ameaçar a confiança.

Outra variável relacionada com o parceria engloba o possuir uma relação com um homem mais velho, o que constitui um factor de exposição social para o VIH. O risco comportamental da iniciação sexual com um parceiro mais velho prende-se com o facto de este ter tido mais contactos e experiências sexuais, com a desigualdade de poder e com a formação daquilo que a literatura designa por “guiões” sexuais de risco. Por exemplo, Miller, Clark e Moore (1997) verificaram que as adolescentes que possuíam um parceiro sexual mais velho, quando comparadas com aquelas cujo parceiro tinha uma idade semelhante, tinham iniciado a sua vida sexual com menor idade (13.8 anos vs. 14.6), tinham menor probabilidade de usar preservativo na primeira relação sexual (63% vs. 82%), menor probabilidade de relatarem terem usado preservativo na última relação sexual (29% vs. 44%) ou terem usado preservativo de forma consistente

durante a sua vida sexual (37% vs. 56%), concluindo que as mulheres adolescentes tem menor probabilidade de usar preservativos com parceiros masculinos heterossexuais mais velhos do que com parceiros masculinos da mesma faixa etária.

As questões de género e de poder também se reflectem no acesso a métodos eficazes de prevenção do VIH. O acesso limitado à educação para o VIH, ao tratamento de drogas e aos preservativos femininos são também considerados como factores de exposição física face ao VIH (Wingood & DiClemente, 2002).

Em suma, é importante considerar o papel de género, os factores relacionais implicados na negociação do preservativo e as características do parceiro sexual para melhor compreender a exposição da mulher face ao VIH. Amaro, Raj e Reed (2001) consideram mesmo a necessidade de abordagens feministas e de poder (*empowerment*) para ir de encontro às necessidades da saúde sexual feminina e para assegurar o controlo por parte das mulheres dos seus próprios corpos. Esta abordagem vai de encontro à perspectiva de Turmen (2003) que defende que o *empowerment* das mulheres é vital para reverter a epidemia.

2.2.2.3 Os Problemas de Saúde Mental

Um conjunto de estudos tem examinado os factores comportamentais e psicossociais associados com o comportamento sexual de elevado risco. Contudo, são poucos aqueles que examinam a influência da saúde mental, especialmente da depressão, nos comportamentos sexuais de risco. A compreensão desta associação é importante porque os problemas de saúde mental, incluindo o problema de álcool e drogas, podem constituir-se como um factor de risco para a aquisição do VIH.

A depressão é considerada como um factor de risco pessoal para a aquisição do VIH nas mulheres (DiClemente, Wingood, Crosby, Sionean, Brown, Rothbaum, Zimand, Cobb, Harrington, & Davies, 2001a). Um conjunto de estudos confirma a relação depressão e comportamento sexual de risco. Por exemplo, num estudo de Orr, Celentano, Santelli e Burwell (1994; cit. por O'Leary & Wingood, 2000), verificou-se que as mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 45 anos que relataram elevado número de sintomas depressivos na Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) tinham maior probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco para o VIH, verificando-se uma associação entre os sintomas depressivos e o risco para o VIH. Um estudo mais recente de DiClemente, Wingood e colaboradores (2001a) examinou a associação entre a depressão das adolescentes, os

seus comportamentos e atitudes sexuais associadas às DST/VIH, usando uma versão abreviada do CES-D ($\alpha = .84$). Os resultados indicam que as adolescentes com depressão significativa no pré-teste tinham 2 vezes maior probabilidade, no seguimento de 6 meses, de estarem grávidas, 2.1 vezes maior probabilidade de terem tido relações sexuais vaginais desprotegidas, 1.7 vezes maior probabilidade de terem parceiros sexuais masculinos não monogâmicos, 1.5 vezes maior probabilidade de não usarem qualquer forma de contracepção, 2.2 vezes maior probabilidade de perceberem mais barreiras ao uso do preservativo, 2 vezes maior probabilidade de terem medo das consequências adversas de negociar o uso do preservativo, 2 vezes maior probabilidade de perceber menor controlo nas suas relações, 2.4 vezes maior probabilidade de terem experienciado violência nos encontros amorosos, 1.6 vezes maior probabilidade de se sentirem menos eficazes em negociar o uso do preservativo com um novo parceiro sexual e 1.7 vezes maior probabilidade de ter normas incongruentes com uma relação sexual saudável. Estes resultados sugerem que a depressão é preditiva, num seguimento de 6 meses, de um conjunto de comportamentos associados com as DSTs/VIH e atitudes de elevado risco. A confirmar a relação depressão e comportamento sexual de risco, um estudo de Ramrakha, Caspi, Dickson, Moffitt e Paul (2000) relatou que os jovens que vivem na Nova Zelândia (N=992), diagnosticados com desordens depressivas (DSM-III-R), tinham maior probabilidade de se envolverem em relações sexuais de risco, de contraírem DSTs, e iniciarem a actividade sexual antes dos 16 anos. Adicionalmente, verificaram que a comorbilidade psiquiátrica aumenta a probabilidade de comportamento de risco (e.g., a depressão combinada com a desordem anti-social ou com a dependência de substâncias aumentava o comportamento de risco). Os autores concluíram que existe uma associação entre o comportamento sexual de risco e as desordens psiquiátricas comuns.

De facto, a investigação indica que a depressão e outros problemas de saúde mental estão associados com mais comportamentos de risco para o VIH (e.g., DiClemente et al, 2001a; Moore, Atkinson, Akiskal, Gonzalez, Wolfson, & Grant, 2003; Ramrakha et al., 2000). De acordo com Logan, Cole e Leukefeld (2002), existem algumas razões que se encontram relacionadas e que foram hipotetizadas para explicar a associação entre os problemas de saúde mental e o comportamento de risco para o VIH, nomeadamente a vitimização e o uso de substâncias, já atrás mencionados. Em primeiro lugar, consideram que a vitimização pode conduzir a problemas de saúde mental que, por sua vez, podem conduzir ao uso de substâncias como mecanismo de *coping* para a

sequela de saúde mental da vitimização. Vários estudos confirmam a relação entre o abuso de álcool e os problemas mentais como a depressão (e.g., Moore et al., 2003). Em segundo lugar, referem que o percurso entre os problemas de saúde mental e o comportamento de risco para o VIH envolve uma pobre capacidade de tomada de decisão. Esta capacidade de tomada de decisão fica ainda mais debilitada quando um indivíduo que possui problemas de saúde mental usa substâncias. A investigação mostra que os problemas de saúde mental (e.g., depressão, Perturbação de *Stress* Pós-Traumático - PTSD) estão associados com défices de atenção, dificuldade em tomar decisões, sentimentos de desvalorização, de culpa e desesperança, problemas de comunicação e défices de competências sociais (e.g., Jenkins, Langlais, Delis, & Cohen, 2000; Segrin, 2000). Em terceiro lugar, os autores consideram que os problemas de saúde mental podem ser o resultado de vitimização devido ao uso de substâncias. De facto, a literatura sugere que o álcool e a vitimização sexual se encontram associados (Testa & Parks, 1996), o que pode aumentar o risco de problemas de saúde mental como a depressão e a PTSD.

Possuir uma história de abuso de álcool e drogas constituem factores de risco comportamentais para a aquisição do VIH. Sabe-se que muitas mulheres adquirem o VIH através do uso de drogas injectáveis, embora outras drogas também possam aumentar o risco face ao VIH. A confirmar as suposições acima citadas, o risco de contrair o VIH/SIDA através do uso de drogas injectáveis tem sido bem documentado, embora a incidência de VIH com base neste factor esteja em declínio (Des Jarlais, Marmor, Friedmann, Titus, Aviles, Deren, et al., 2000). Por exemplo, Holmberg (1996) verificou que cerca de metade de todas as novas infecções estavam a ocorrer nos utilizadores de drogas injectáveis em determinadas áreas metropolitanas dos EUA. Outras substâncias, como o álcool e drogas (cocaína, marijuana, etc.), também têm sido associadas com a transmissão heterossexual do VIH (e.g., Graves & Leigh, 1995; Rees, Saitz, Horton, & Samet, 2001; Sly, Quadagno, Harrison, Eberstein, & Riehman, 1997; Wingood & DiClemente, 1998e). No estudo de Graves e Leigh (1995), a actividade sexual e a história de múltiplos parceiros sexuais estavam positivamente associadas com algumas medidas de uso de substâncias, verificando que aqueles que bebiam tinham menor probabilidade de usar preservativos. Este resultado conduz à interpretação de que o álcool pode inibir a prática do sexo seguro, sugerindo que o abuso de substâncias pode aumentar a probabilidade de comportamentos sexuais desprotegidos. O estudo de Rees, Saitz, Horton e Samet (2001) é mais claro em relação aos resultados, tendo descoberto

que o comportamento de risco face ao VIH estava associado com o aumento do consumo de álcool nas mulheres utilizadoras de drogas, tendo as mulheres mais comportamento sexual de risco do que os homens: verificou-se uma ligação entre o consumo de álcool e o comportamento sexual de risco. Estes resultados sugerem que o álcool pode desempenhar um papel no sentido de aumentar o risco sexual face ao VIH, especialmente nos utilizadores de droga.

Ainda em termos do consumo de substâncias e de álcool, os utilizadores de cocaína fumada (*crack cocaine*) relatam maior número de comportamentos sexuais de risco comparados com os que se injectam (Booth, Kwiatkowski, & Chitwood, 2000), pois possuem maior probabilidade de relatar elevado uso de álcool e o uso de álcool tem sido independentemente associado com o sexo desprotegido (não utilização do preservativo) nos utilizadores de cocaína e outras drogas (Booth et al., 2000; Rees et al., 2001). Por exemplo, no estudo de Rasch, Weisen, MacDonald, Wechsberg, Perrit e Dennis (2000), com uma amostra de 495 utilizadores de cocaína (*crack cocaine*) que não injectavam drogas, os resultados sugerem que existe uma relação íntima entre o uso de álcool, o uso de cocaína e os riscos sexuais para a infecção pelo VIH. Mais concretamente, os participantes que relataram uso frequente de álcool, cocaína, ou ambos tinham maior risco (sexo sem preservativo, múltiplos parceiros sexuais) do que aqueles que relataram menor frequência. Em particular, as mulheres podem estar em maior risco do que os homens porque as que relataram uso frequente de álcool e cocaína também relataram maior número de actos sexuais e maior número de actos sexuais sem preservativos do que os homens. A sequência de utilização começa com o álcool e posteriormente os participantes relatam a utilização simultânea de ambas as substâncias. Estes dados são consistentes com os resultados dos estudos previamente mencionados, verificando-se que os utilizadores de cocaína e de álcool se encontram em elevado risco para a infecção pelo VIH devido ao seu padrão de actividade sexual. Adicionalmente, os resultados do estudo de Booth e colaboradores (2000) mostram que os utilizadores activos de drogas (N=26.982) se encontram em risco de infecção pelo VIH através da transmissão sexual: 28% relataram sexo com dois ou mais indivíduos, 23% tinha um parceiro utilizador de drogas endovenosas (UDE), 24% trocou sexo por drogas ou dinheiro, e 80% não usou preservativo durante a actividade sexual. Os utilizadores de cocaína (*crack cocaine*) que fumavam e aqueles que se injectavam e fumavam cocaína tinham maior probabilidade do que os que apenas se injectavam de relatarem múltiplos parceiros sexuais e prostituição. Os utilizadores de cocaína que também se injectavam

relatarem maior número de dias de consumo de álcool e tinham maior probabilidade de terem tido um parceiro sexual UDE. Também se verificou que o fumar cocaína estava associado com DSTs (e.g., gonorreia, sífilis) em taxas mais elevadas do que na população em geral. Para além de todos estes factores relacionados com o consumo de drogas, fazer sexo oral em troca de cocaína está associado a um elevado risco de infecção pelo VIH porque o consumo de cocaína provoca queimaduras orais que podem facilitar a transmissão (O’Leary & Wingood, 2000).

Na revisão da literatura também se verifica que os utilizadores de drogas ilícitas têm maior probabilidade de ter múltiplos parceiros sexuais e sexo desprotegido quando comparados com os não utilizadores (Sly et al., 1997; Wingood & DiClemente, 1998e). Neste âmbito, os estudos revelam que o abuso de substâncias se encontra frequentemente associado com elevados níveis de comportamentos sexuais de risco e baixos níveis de uso do preservativo. O estudo de Sly e colaboradores (1997), realizado com 668 mulheres, verificou que as utilizadoras de substâncias tinham cerca de 4.3 vezes maior probabilidade de se envolverem em comportamentos sexuais de risco do que as não utilizadoras. A confirmar estes dados, Wingood e DiClemente (1998e) verificaram uma elevada prevalência de comportamentos sexuais de risco na população de mulheres afro-americanas em estudo: 43% das mulheres usaram preservativos de forma inconsistente e 13.3% das mulheres tiveram múltiplos parceiros sexuais no último mês. A elevada prevalência de uso de álcool e drogas (51.6%; n=93) exacerba o risco sexual das participantes. Os dados indicaram que as mulheres que consumiram álcool entre 20 e 30 dias do mês tinham 2.8 vezes maior probabilidade de relatarem uso inconsistente do preservativo e baixa negociação do preservativo. Adicionalmente, verificou-se que as mulheres que fumaram cocaína (*crack cocaine*) no último mês tinham 5 vezes maior probabilidade de terem múltiplos parceiros sexuais.

Ter um parceiro que injecta drogas também aumenta o risco das mulheres para o VIH. Este facto pode ser constatado no estudo de Pivnick, Jacobson, Eric, Doll e Drucker (1994). Os autores verificaram que o uso de drogas entre os parceiros sexuais ilustra o seu carácter relacional, dado que todas as mulheres que viviam com parceiros que usavam drogas também eram elas próprias utilizadoras de drogas, sugerindo algumas das dificuldades que as mulheres que usam drogas podem enfrentar quando tentam sustentar a sua utilização.

Porque é que o uso de substâncias é um factor de risco? Logan, Cole e Leukefeld (2002) consideram que o álcool e outras drogas incapacitam a tomada de decisão, a

capacidade de julgamento e de resistir à agressão, reduzem as percepções de risco pessoal, aumentam a vulnerabilidade biológica e aumentam os comportamentos sexuais de risco (e.g., prostituição), conduzindo a maior probabilidade de DSTs/VIH. De facto, a literatura mostra que o uso de álcool pode dificultar os processos de tomada de decisão e afecta o comportamento. A confirmar esta relação entre o álcool e o comportamento, Naranjo e Bremner (1993) constataam um conjunto de consequências sociais adversas relacionadas com a intoxicação por álcool como os actos de agressão, a violência contra o próprio ou contra os outros e actividades criminosas. Adicionalmente, verificam que embora o limite legal seja de 0.08% de concentração de álcool no sangue ao nível da condução (80mg de álcool por 100ml de sangue), existe evidência de incapacidade cognitiva a níveis de álcool no sangue tão baixos como 0.05%. Outros estudos revelam que o consumo de álcool aumenta o risco de vitimização sexual nas mulheres, diminui a capacidade de resistir à agressão sexual, através dos seus efeitos físicos (alteração da percepção de risco pessoal) e dos mecanismos psicológicos (barreiras psicológicas como o embaraço) (Norris, Nurius, & Dimeff, 1996; Testa & Parks, 1996). Para além do risco face ao VIH, os utilizadores de substâncias encontram-se expostos a outros problemas de saúde associados com o uso excessivo de álcool e drogas, como consequência da diminuição da capacidade imunológica (Rasch et al., 2000).

Podemos concluir que a vitimização (e.g., a violência doméstica, o abuso sexual) e o uso de substâncias (e.g., álcool) muitas vezes conduzem a comportamentos de risco face ao VIH na população feminina (Rothenberg & Paskey, 1995; Testa & Parks, 1996). Assim, considerando os estudos que relacionam a depressão/problemas de saúde mental com o comportamento sexual de risco, podemos concluir que os factores de saúde mental podem influenciar os comportamentos sexuais de risco das mulheres para o VIH.

2.2.2.4 História de Cárcere e Prostituição

A história de cárcere é um factor que tem sido associado com o comportamento de risco para o VIH porque aqueles que se encontram em maior risco para o VIH também estão em risco de cárcere e/ou já estiveram presos, como é o caso das utilizadoras de drogas ilícitas e/ou prostituição (Logan & Leukefeld, 2000). Por exemplo, no estudo de Cotton-Oldenburg, Jordan, Martin e Kupper (1999), das 651 mulheres presas, 73% usou drogas, 35% relatou uso inconsistente do preservativo com múltiplos parceiros sexuais, 28% relatou diagnóstico de DST, 16% tinha um parceiro

sexual que usa drogas injectáveis e 15% relatou prostituição por drogas ou dinheiro antes do encarceramento. Cerca de 4% das mulheres presas eram seropositivas. Verifica-se, assim, que uma grande percentagem de mulheres em cárcere relatou envolvimento em comportamentos de elevado risco antes do encarceramento. Como estas mulheres se encontram em elevado risco de infecção heterossexual pelo VIH, devem ser desenvolvidas estratégias de redução do risco sexual nas prisões. Na revisão da literatura de Logan, Cole e Leukefeld (2002), refere-se estatísticas relativas às taxas de VIH nas mulheres encarceradas (de 3.2% a 43%).

A estes factores, a literatura adiciona que muitas mulheres encarceradas podem usar substâncias devido a uma sequela de saúde mental resultante de trauma (Browne, Miller, & Maguin, 1999). No estudo de Browne e colaboradores (1999), das 150 mulheres encarceradas, 70% experienciaram abuso físico severo na infância, 59% experienciaram abuso sexual na infância ou adolescência, e a maioria relatou vitimização e abuso por parte do parceiro. Assim, a experiência de violência nas mulheres encarceradas é severa e mais prevalente quando comparada com a população geral. Por isso, é provável que as mulheres nesta situação de prisão tenham experienciado múltiplas situações de vitimização, como acima referido, exacerbando o impacto do trauma na saúde mental e consequentemente aumentando o seu risco de exposição face ao VIH, como já foi referido no subcapítulo 2.2.2.1 relativo à vitimização.

Embora existam factores de risco para o VIH (e.g., cárcere e a prostituição), são poucos aqueles que recebem tratamento para problemas de saúde mental ou abuso de substâncias, e intervenções para a prevenção do VIH (Browne, et al., 1999; Cotton-Oldenburg et al., 1999). De facto, o encarceramento pode ter impacto no risco para o VIH quando os indivíduos são libertados para a comunidade, afectando o estatuto de saúde física e mental, tal como limitando as opções de empregabilidade (Logan, Cole & Leukefeld, 2002).

A troca de sexo por dinheiro ou drogas (prostituição) constitui também um preditor comportamental da infecção pelo VIH e de outras DSTs (Tortu et al., 2000). De facto, um dos “grupos de risco” identificados no início da pandemia do VIH foi as prostitutas ou trabalhadoras da indústria do sexo (Faugier & Cranfield, 1995). Nomeadamente, um estudo de Logan e Leukefeld (2000) constatou que das mulheres (N=4.667) que utilizavam cocaína (*crack cocaine*), aquelas que trocavam sexo por dinheiro ou drogas (n=2.658) tinham mais parceiros sexuais, tinham relações sexuais

com maior frequência, usavam drogas antes e durante o sexo com maior frequência, e tinham maiores taxas de DSTs do que as mulheres que não trocavam sexo. Portanto, existe um efeito sinérgico quando ambos os factores, troca de sexo e uso de cocaína, se encontram presentes.

Porque é que a troca de sexo é um factor de risco para o VIH? A principal razão para a ligação entre a troca de sexo e o risco elevado para o VIH deve-se ao facto da troca de sexo estar associada a outros comportamentos de elevado risco. Por exemplo, o estudo de Paone, Cooper, Alperren, Shi e Des Jarlais (1999), revelou que as trabalhadoras de sexo relataram maior uso de drogas injectáveis, maior partilha de equipamento injectável e menor probabilidade de usar preservativos com os parceiros sexuais do que as mulheres que usavam drogas e que não relatavam troca de sexo. Verifica-se, assim, uma forte associação entre a prostituição e a utilização de risco de drogas injectáveis (e.g., re-utilização das seringas).

Vários autores, focam ainda que embora seja importante direccionar as intervenções de prevenção do VIH às trabalhadoras da indústria do sexo, os clientes não devem ser esquecidos (Exner, Gardos, Seal, & Ehrhardt, 1999; Faugier & Cranfield, 1995). De acordo com a análise efectuada, os homens que se envolvem na troca de sexo também têm práticas de comportamento sexual de elevado risco, aumentando o risco para as mulheres que se prostituem. Por exemplo, Faugier e Cranfield (1995) verificaram elevados níveis de tomada de risco (e.g., pagar por relações sexuais anais, vaginais e sexo oral sem protecção), em particular pelos clientes bissexuais, concluindo que o foco na mudança de comportamento das prostitutas possui um efeito limitado, sendo essencial envolver outras pessoas, nomeadamente os clientes, no desenvolvimento e implementação da prevenção do VIH e outras DSTs. De facto, as intervenções de redução do risco face ao VIH nos homens heterossexuais são escassas mas a revisão da literatura mostra que podem ser eficazes na redução do comportamento de risco (Exner et al., 1999). Assim, para obter mudança no comportamento diádico de troca de sexo, é necessário ter como alvo o vendedor e o comprador.

A literatura tem identificado várias razões subjacentes à troca de sexo, como por exemplo as razões financeiras (e.g., pobreza, sem abrigo) e a diminuição das inibições enquanto usam drogas e álcool (Paone et al., 1999; Tortu et al., 2000). As trabalhadoras da indústria do sexo que têm como local de trabalho a rua vivem na pobreza, podem experienciar situações de cárcere ou não terem abrigo, pelo que a prostituição constitui a única fonte de rendimento (El-Bassel et al., 2001). A troca de sexo por dinheiro ou

drogas também tem sido associada com o uso de álcool e drogas (Logan & Leukefeld, 2000), nomeadamente a literatura revela que as prostitutas que injectam drogas possuem maior probabilidade de se envolverem em comportamentos sexuais de risco com os clientes em comparação com as outras que não injectam drogas (Faugier & Cranfield, 1995). Como resultado de toda esta sequência que a troca de sexo implica, as trabalhadoras da indústria do sexo também se encontram em risco de infecção pelo VIH como resultado dos seus problemas de saúde física e mental, verificando-se uma associação entre a prostituição e as DSTs (Faugier & Cranfield, 1995), tal como maiores níveis de *distress* emocional, depressão e desesperança (Paone et al., 1999).

Em suma, esta informação sugere que existem outras razões para além do uso de substâncias que explicam o comportamento sexual de risco, tais como a venda/troca de sexo, a pobreza, o não ter casa (ser um sem-abrigo) e problemas de saúde mental. Aliás, estes factores macro-sociais aumentam a vulnerabilidade da mulher e podem aumentar a probabilidade do uso de drogas como estratégia de *coping*.

A situação de cárcere e os comportamentos de prostituição têm sido associados com as DSTs. Por exemplo, no estudo de Cotton-Oldenburg e colaboradores (1999) verifica-se um conjunto de comportamentos de risco associados com as DSTs: 28% das mulheres encarceradas relataram diagnóstico de DST, juntamente com 70% a relatarem uso de drogas ilícitas, 15% venda de sexo por dinheiro ou drogas e 35% uso inconsistente do preservativo. Adicionalmente, constatou-se que uma forte associação entre o consumo de cocaína e possuir uma DST diagnosticada. Como se sabe, as DSTs aumentam a vulnerabilidade face à transmissão do VIH e, por sua vez, o VIH aumenta a vulnerabilidade para outras DSTs como a hepatite B e C (Singh, Thappa, Jaisankar, & Sujatha, 2000), verificando-se uma forte interacção entre estas três infecções virais.

Em suma, verifica-se que a vitimização, determinadas características da relação, o papel de género, os problemas de saúde mental como a depressão e a utilização de álcool e drogas, a história de cárcere, a troca de sexo por dinheiro ou drogas, e a história de diagnóstico de DSTs, constituem factores de risco comportamentais e psicossociais face à aquisição do VIH na população feminina e devem ser considerados na interpretação do risco e na implementação de estratégias de prevenção.

2.2.3 Factores de Risco Sócio-Cognitivos

2.2.3.1 Conhecimentos sobre o VIH

O conhecimento limitado sobre o VIH, as crenças negativas sobre o uso dos preservativos e a baixa percepção de risco para o VIH são factores de risco pessoais para a aquisição do VIH na população feminina (Wingood & DiClemente, 2002).

Em relação à componente do conhecimento sobre a transmissão do VIH, os estudos realizados na década de 90, revistos por Moore e colaboradores (1994), mostram que alguns grupos de mulheres continuam a acreditar que o VIH pode ser transmitido de modo casual, ou seja, através de actos como o beijar, o partilhar copo/talheres, o aperto de mão, a picada de mosquitos e ao utilizar casas de banho sujas. Por exemplo, o estudo de Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Shepherd (1993) verificou que as mulheres grávidas solteiras (N=289) possuíam um conhecimento pobre em relação à SIDA, e que o seu comportamento sexual as colocava em risco face ao VIH devido à falta de uso do preservativo e espermicida. Mais concretamente, as mulheres tinham um conhecimento limitado sobre a prevenção e a transmissão do VIH, sendo que a maioria sabia que os preservativos ajudavam a prevenir a doença mas não compreendiam qual o papel do espermicida ou do diafragma e sentiam-se em risco através de exposições casuais nos restaurantes. A confirmar a relação entre a falta de conhecimento e o comportamento sexual de risco, Redman (1999) conclui que a falta de conhecimento nas mulheres que se encontram em risco é elevada: 65% das mulheres jovens relata quase nenhum ou pouco conhecimento sobre as DSTs. Campbell e Bernhardt (2003) constataram que um dos factores que contribuiu para as mulheres rejeitarem o teste pré-natal face ao VIH é a falta de informação (e.g., 35% das mulheres não tinham certeza em relação à transmissão do VIH no momento do nascimento).

Alguns estudos verificam diferenças étnicas no conhecimento sobre o VIH. Schroder, Hobfoll, Jackson e Lavin (2001) descobriram que, em comparação com as mulheres euro-americanas, as mulheres afro-americanas tinham menos conhecimento sobre o risco face à SIDA.

De acordo com Turmen (2003), o conhecimento ou a educação sobre o sexo é um determinante importante do risco face ao VIH. Contudo, constata-se que a proporção de mulheres jovens que já ouviram falar do VIH é muito superior às mulheres que sabem como se proteger do VIH (WHO, 2002), o que aumenta o risco de infecção.

Apesar da importância dos conhecimentos sobre o VIH, sabe-se que o conhecimento, por si só, não aumenta a probabilidade das mulheres afro-americanas adoptarem comportamentos sexuais seguros, nomeadamente o uso do preservativo, ou de aumentar as intenções de usar preservativos (St. Lawrence et al., 1998). Estes dados são confirmados pelo estudo de Nyamathi, Bennett, Leake, Lewis e Flaskerud (1993), onde se verificou que maiores níveis de conhecimento não estavam associados com comportamentos seguros. Esta constatação levou os investigadores a procurarem outros factores, tais como a vulnerabilidade percebida (variável do Modelo de Crenças da Saúde), como preditor da mudança do comportamento. O estudo de Somlai e colaboradores (2000) incorpora outras variáveis cognitivas específicas da SIDA, como o conhecimento de risco face à SIDA, as atitudes face aos preservativos, a percepção de risco, as intenções de mudança comportamental e a auto-eficácia percebida. Neste estudo, verificou-se que as mulheres em elevado risco para a infecção pelo VIH tinham menor conhecimento sobre o comportamento de risco face à SIDA do que as mulheres com menor risco.

Em suma, embora o conhecimento sobre a transmissão e prevenção do VIH seja necessário para sustentar a epidemia, a informação, por si só, não é suficiente para que a mudança comportamental ocorra em comportamentos complexos como é o caso do comportamento sexual (Fisher & Fisher, 2002).

2.2.3.2 Crenças e competências relacionadas com as práticas de sexo seguro

Como já assinalámos atrás, de acordo com o Modelo de Crenças de Saúde, são salientadas outras componentes cognitivas predictoras dos comportamentos de risco. Neste âmbito é considerada a percepção de risco, a percepção da eficácia da resposta, a percepção de custos da prática sexual segura e a auto-eficácia. Vários estudos têm abordado a percepção de risco ou de susceptibilidade face ao VIH nas mulheres, revelando que as mulheres que relatam envolvimento em actividades sexuais de risco não se percebem como estando em risco (Campbell & Bernhardt, 2003; Hobfoll et al., 1993; Schroder et al., 2001; Somlai et al., 2000).

Outros autores consideram a percepção de risco um factor de risco pessoal para a aquisição do VIH. Por exemplo, em relação à baixa percepção de risco, verificou-se num estudo de Hobfoll e colaboradores (1993) que as mulheres solteiras, grávidas, não se percebiam como estando em risco para o VIH, embora reconhecessem que os heterossexuais estavam em risco. Na perspectiva dos autores, esta falta de percepção de

risco pode ser explicada pelo facto de terem apenas um parceiro sexual e não reconhecerem que o comportamento passado e actual do parceiro as poderia colocar em risco. Verificaram, deste modo, que a baixa percepção de risco se encontra relacionada com menores práticas de sexo seguro: menos de 10% usaram preservativos de modo consistente e 35% nunca discutiram a prevenção do VIH com os parceiros. Estes resultados vão de encontro aos encontrados por St. Lawrence e colaboradores (1998), estudo já citado, onde as mulheres que possuíam apenas um parceiro sexual mostraram menor intenção de usar preservativos, percebiam-se a si próprias como possuindo baixo risco e tinham efectivamente taxas mais baixas de uso do preservativo.

Moore e colaboradores (1994) consideram um conjunto de razões para explicar a baixa percepção de risco na população feminina. Em primeiro lugar, assinalam que as mulheres pobres pertencentes a minorias confrontam-se com questões de sobrevivência, o que implica que o risco para o VIH/SIDA possa parecer pouco provável ou até longínquo. Também consideram que as mulheres que se encontram em risco podem negar ou não reconhecer o risco pois tal reconhecimento pode resultar na confrontação com facetas das suas vidas que podem ser dolorosas (e.g., infidelidade do parceiro), ameaçadoras (e.g., perder o parceiro) ou que implicam uma reavaliação do próprio estilo de vida (e.g., deixar a prostituição e encontrar uma alternativa de emprego).

Em relação às diferenças étnicas, Schroder e colaboradores (2001) verificaram que as mulheres afro-americanas, em comparação com as mulheres euro-americanas, relataram maior percepção de risco pessoal e comunitário. Para este resultado contribuiu a crença de que os parceiros tinham tido relações homossexuais ou múltiplos parceiros sexuais no passado, tinham usado drogas endovenosas ou tinham estado na prisão no último ano. Não obstante, para ambos os grupos de mulheres, a percepção de risco foi o preditor mais forte do uso do preservativo. Neste estudo, a maior percepção de risco era preditora do uso do preservativo.

Apesar dos estudos acima, os dados sobre a percepção de risco face ao VIH e o comportamento de risco não são congruentes. Outros estudos sobre a percepção de risco face ao VIH, enquanto preditor do envolvimento em comportamentos de risco, revelam que as mulheres que se percebem como estando em elevado risco não relatam maior uso do preservativo (Britton et al., 1998), ou seja, a percepção de risco pode ser elevada mas o comportamento protector não é congruente. No estudo de Britton e colaboradores (1998) verificou-se uma maior percepção de risco nas mulheres que eram monogâmicas numa série de relações quando comparadas com as mulheres monogâmicas numa

relação de longa duração. Contudo, esta elevada percepção de risco não se traduziu em mudança de comportamento, presumindo-se que as mulheres assumiam que a sua prática de monogamia constituía uma medida preventiva.

Na percepção da eficácia da resposta, a investigação revela que as mulheres geralmente relatam que o uso do preservativo e a abstinência são as medidas eficazes para reduzir o risco de infecção pelo VIH (Hobfoll et al., 1993), embora haja estudos que revelam que algumas mulheres não percebem o uso do preservativo como uma medida eficaz de prevenção do VIH (Lau, Tang, Siah, Tsui, 2002). De facto, vários estudos relatam que as mulheres também atribuem a eficácia a práticas que não possuem eficácia comprovada. Por exemplo, muitas mulheres acreditam que usar diafragma (Hobfoll et al., 1993) ou que o coito interrompido (Valdiserri, Arena, Proctor, & Bonati, 1989) constituem medidas eficazes na redução do risco para o VIH. Os resultados do estudo de Anderson, Brackbill e Mosher (1996) são encorajadores, na medida em que relatam que as mulheres que acreditavam que os preservativos e os espermicidas eram eficazes na protecção contra a doença tinham duas vezes maior probabilidade em relação às outras de usarem preservativos para a prevenção da doença sempre ou quase sempre que tinham relações sexuais. Assim, a crença de que os preservativos são eficazes é um forte preditor do seu uso, pelo que os programas de prevenção devem promover o conhecimento da eficácia dos preservativos na prevenção das DSTs.

Em relação à percepção de custos, a investigação sugere que as mulheres antecipam consequências negativas ao introduzirem as práticas sexuais seguras nas suas relações, nomeadamente percebem a inconveniência do uso do preservativo pelo facto de este implicar infidelidade, comprometendo a segurança da relação (Wingood & DiClemente, 1998b). Outros custos percebidos face à utilização do preservativo descritos na literatura (Moore & Halford, 1999) indicam que as barreiras face ao uso do preservativo se classificam em cinco categorias principais: (1) dificuldades de comunicação; (2) interferência na activação sexual; (3) percepção do baixo potencial erótico dos preservativos; (4) justificação da confiança; e (5) dificuldades práticas com os preservativos. Também se verificou que os homens expressaram mais barreiras ao uso do preservativo do que as mulheres, em particular interferência na activação sexual e mais justificações relacionadas com a confiança. Nas mulheres, as barreiras encontravam-se mais associadas com as dificuldades práticas com os preservativos.

Outros estudos revelam a percepção de custos face ao uso do preservativo nas mulheres. Por exemplo, Valdiserri e colaboradores (1989) verificaram que a aceitação dos anúncios a preservativos, a aceitação dos preservativos pelo parceiro e pelos pares, e o efeito do preservativo no prazer sexual predizia o uso do preservativo nas 759 mulheres que completaram o questionário. De facto, as atitudes sobre os preservativos foram as únicas variáveis independentes capazes de predizer o uso do preservativo, sugerindo que os programas de promoção do uso do preservativo devem tentar alterar as atitudes negativas. No estudo de Schroder e colaboradores (2001), as barreiras sócio-cognitivas (e.g., crenças de baixa auto-eficácia e a atitude negativa em relação ao uso do preservativo) constituíram um segundo preditor e mediador dos efeitos da percepção de risco no uso do preservativo. Verifica-se que as atitudes sobre os preservativos e o uso dos mesmos estão associados porque os que usam preservativo desenvolvem uma atitude mais positiva face aos mesmos (Anderson, Brackbill & Mosher, 1996).

De acordo com a revisão da literatura, as mulheres possuem muitas crenças que se encontram associadas com a não utilização do preservativo e com a baixa percepção de risco e percepção elevada de custos, já mencionadas. Estas crenças associadas ao comportamento de risco relacionado com o VIH incluem a crença de que os preservativos têm um impacto negativo no prazer sexual (Catania et al., 1992), o sentimento de que o uso de preservativos durante a relação sexual é embaraçoso (Lear, 1995), possuir uma atitude negativa em relação ao sexo seguro (Schroder et al., 2001), possuir crenças limitadas sobre a eficácia dos preservativos (Lau et al., 2002), baixa percepção de risco pessoal face ao VIH (Hobfoll et al., 1993) e pensar que o parceiro pode deduzir que existe infidelidade se lhe pedir for pedido para usar preservativo (Wingood & DiClemente, 1998b). Por exemplo, no estudo de Lau e colaboradores (2001), as principais razões para as mulheres não usarem preservativo eram a “confiança” e a “baixa necessidade”. Outro estudo, realizado por Wingood e DiClemente (1998d) numa amostra de mulheres afro-americanas (N=128) recrutadas na comunidade, examinou os factores que estavam correlacionados com o uso consistente de preservativos num período de 3 meses. Os resultados mostraram que as mulheres que usavam preservativo de modo consistente tinham maior probabilidade de perceber um elevado auto-controlo sobre a utilização do preservativo e tinham maior probabilidade de perceber que possuíam controlo sobre a utilização dos preservativos por parte do parceiro.

Numa revisão dos preditores do uso do preservativo, Fazekas e colaboradores (2001) consideram os seguintes factores como determinantes significativos do uso do preservativo e das intenções de uso nas mulheres: a percepção de que o uso do preservativo pode interferir no prazer sexual, as atitudes em relação ao conforto e conveniência dos preservativos, e o medo das implicações negativas relacionadas com a auto-imagem (por exemplo, parecer sexualmente promíscua). Neste estudo sobre a intenção de usar preservativos, que incluiu variáveis para avaliar as componentes da Teoria do Comportamento Planeado (descrita no capítulo 2 da tese), concluíram que as atitudes, as normas subjectivas e a percepção de controlo contribuíram significativamente para prever a intenção de usar preservativos com um novo parceiro sexual. Mais concretamente, as participantes que acreditavam que o uso do preservativo demonstrava uma actividade sexual responsável e de que não destruía a confiança, tinham maior probabilidade de usar preservativos do que aquelas que não possuíam estas crenças. Verificou-se que as crenças específicas sobre o uso do preservativo e as atitudes negativas em relação ao uso do preservativo, associadas com o uso da pílula de controlo da natalidade, prediziam a intenção de usar preservativos. Estes dados são confirmados pelo estudo de Chan e Fishbein (1993), onde se verificou que as intenções são significativamente preditas pelas atitudes e normas subjectivas. Também Lear (1995) refere factores que podem perturbar o uso do preservativo, como o facto de muitas mulheres se sentirem envergonhadas em todos os estádios da utilização do preservativo, questões relacionadas com a reputação e possuir um parceiro regular. Perante estes factores, as mulheres têm maior probabilidade de serem influenciadas pelas suas atitudes negativas face aos preservativos.

A investigação sobre os comportamentos de risco face ao VIH nas mulheres tem aplicado variáveis de modelos sócio-cognitivos para identificar os determinantes dos padrões de risco (e.g., atitudes, crenças, percepções, intenções). Os resultados do estudo de Somlai e colaboradores (2000) indicam que as variáveis cognitivas específicas à SIDA, já mencionadas, e os factores relacionados com as atitudes, se encontram associados com os níveis de comportamento de risco numa amostra comunitária de mulheres com baixo rendimento. Por exemplo, Heckman e colaboradores (1995; cit. por Somlai et al., 2000) descobriram que o uso do preservativo numa amostra de 650 mulheres era predito pela força das intenções comportamentais de redução do risco, crenças de que o uso do preservativo é uma norma aceite no grupo das amigas e a percepção de poucas barreiras face ao uso do preservativo.

Assim, verifica-se que as crenças e as atitudes possuem um impacto decisivo no uso do preservativo de modo consistente e, consequentemente, na saúde sexual feminina. Por esta razão é importante encorajar as pessoas a passar de um processo de inferências interpessoais sobre o potencial risco face à SIDA, com base em regras pessoais e idiossincráticas (e.g., “ele é como eu e, por isso, não tem SIDA”), ou em características observáveis que não se encontram relacionadas com o estatuto da SIDA (e.g. “ela é bonita e, por isso, não tem SIDA”), e confiar em métodos mais eficazes e objectivos para reduzir o risco face à SIDA (e.g., uso consistente do preservativo, monogamia mútua e teste conjunto ao VIH) (Malloy, Fisher, Albright, & Stephen, 1997).

Em suma, de facto as crenças e atitudes face ao VIH/SIDA podem conduzir a comportamentos de risco em relação ao VIH. Tal como pode ser verificado no estudo de Cláudio e Sousa (2003), efectuado numa população portuguesa de estudantes do ensino secundário e superior (N=1.000), é comum os jovens considerarem a existência de grupos mais propensos ao VIH (“grupos de risco”), o que vai de encontro à crença de invulnerabilidade. Verificaram, adicionalmente, que tais crenças se encontravam associadas com o uso descontínuo do preservativo, mesmo em participantes que possuem mais do que um parceiro sexual. Assim, os programas de prevenção devem considerar estas crenças e atitudes, com o objectivo de as substituir por outras que fomentem comportamentos sexuais seguros. Mais concretamente, para que sejam eficazes, os esforços de prevenção do VIH nas mulheres devem aumentar o conhecimento das mulheres sobre o VIH, reduzir as suas crenças negativas sobre os preservativos e diminuir a sua invulnerabilidade percebida face ao VIH.

2.2.3.3 Auto-eficácia

A auto-eficácia foi um conceito introduzido por Bandura (1994), definido como “a crença de que se consegue exercer controlo sobre a própria motivação, processos de pensamento, estados emocionais e padrões de comportamento” (p. 26). Este construto surge como um aspecto central na revisão da literatura sobre a prevenção do VIH/SIDA na década de 90, dado que a prevenção do VIH requer que as pessoas exerçam influência sobre o seu próprio comportamento. Trata-se de um construto que se aproxima ao de *empowerment* e, por isso, considera os aspectos específicos da negociação do preservativo. No âmbito da prevenção do VIH, a auto-eficácia significa acreditar que se é capaz de comunicar e negociar o uso do preservativo, isto é, possuir a

confiança para negociar o sexo seguro. Assim, a auto-eficácia limitada na negociação e no uso de preservativos é considerada como um factor de risco comportamental (O'Leary & Wingood, 2000; Wingood & DiClemente, 2002). Como já foi referido, as mulheres geralmente possuem dificuldades no âmbito da protecção da sua saúde sexual, mais especificamente com os parceiros. Por esta razão, elas necessitam de boas competências de negociação e auto-eficácia com o objectivo de persuadir os parceiros a usarem o preservativo.

Neste âmbito, vários estudos mostram que as crenças de auto-eficácia estão associadas com o sexo seguro (O'Leary & Jemmott, 1995). Num estudo de Chewing e colaboradores (2001) numa população adolescente, foram utilizadas três escalas de auto-eficácia relacionadas com os comportamentos sexuais, desenvolvidas especificamente para as populações índias americanas. Os resultados revelaram que a elevada auto-eficácia nos comportamentos sexuais seguros constituía um factor protector nos adolescentes. Mais especificamente, a auto-eficácia de se absterem da actividade sexual e de usarem preservativos tinha uma forte associação, respectivamente, com o evitar as relações sexuais, tal como com o uso consistente de preservativos. Constata-se que a auto-eficácia é um poderoso preditor para os adolescentes ao nível da saúde geral, da contracepção e do uso do preservativo. As análises deste estudo também indicam que a auto-eficácia é um forte preditor do uso do preservativo para raparigas, mas não para os rapazes.

Do mesmo modo, as mudanças positivas na auto-eficácia também se encontram relacionadas com comportamentos sexuais seguros. Kang, Deren, Andia, Colón e Robles (2004) verificaram que os utilizadores de drogas com mudanças negativas na auto-eficácia tinham maior probabilidade do que os outros, sem mudança ou com mudança positiva, de se envolverem em comportamentos sexuais de risco. Os resultados foram no sentido de que melhorar a percepção de auto-eficácia para a redução do risco pode ajudar a reduzir os comportamentos de transmissão do VIH nos utilizadores de drogas de elevado risco.

De acordo com O'Leary e Jemmott (1995), as crenças de auto-eficácia face ao sexo seguro são relevantes em três domínios, nomeadamente, 1) no uso técnico dos preservativos e técnicas sexuais não penetrativas, (2) na negociação com os parceiros, e (3) no auto-controlo face ao uso de álcool e drogas, tal como face à activação sexual. Assim, um aspecto particularmente relevante é a auto-eficácia no uso do preservativo. Os estudos apoiam a assumpção de que a auto-eficácia no uso do preservativo está

relacionada com a intenção e com o uso de preservativo no passado. Por exemplo, um estudo realizado sobre a auto-eficácia no uso do preservativo (*Global Condom Use Self-Efficacy*), com adolescentes, demonstrou que os preditores significativos da intenção de uso do preservativo foram, entre outros, a auto-eficácia geral (Baele, Dusserdorf, Maes, 2001). A eficácia global no uso do preservativo aumentou a variância explicada na intenção e consistência. Estes dados sugerem que a auto-eficácia no uso do preservativo estava associada com a intenção comportamental para praticar sexo seguro.

Outro tipo de auto-eficácia é a auto-eficácia relacionada com a comunicação/negociação sexual, definida como sendo a confiança que uma mulher possui para negociar o sexo seguro considerando os custos sociais de tais negociações. Por exemplo, Catania e colaboradores (1992) verificaram que a comunicação sexual (avaliada pela auto-eficácia na negociação do preservativo – dois itens) era um preditor do uso consistente do preservativo. Assim, os resultados sugerem que as competências de comunicação sexual são uma influência chave no uso do preservativo. A este propósito sabe-se que a incapacidade das mulheres negociarem o uso do preservativo é um dos mais fortes factores correlacionados com o baixo uso do preservativo (Catania et al., 1992). O estudo de Somlai e col. (2000), já citado, também descobriu que as mulheres em elevado risco para o VIH tinham uma percepção de auto-eficácia mais baixa para realizar mudanças de redução do risco no comportamento em comparação com as mulheres que se encontravam em baixo risco de infecção. Estes dados ilustram a necessidade das intervenções de prevenção do VIH reforçarem a auto-eficácia através da aprendizagem de novas competências e da prática das mesmas. Podemos então esperar que a auto-eficácia na comunicação seja um determinante mais importante para as mulheres do que para os homens, dado que as mulheres têm de convencer os homens a usar preservativos.

A maioria dos estudos reforça a ideia da importância da auto-eficácia para as mulheres e, por conseguinte, as diferenças de género nas várias dimensões da auto-eficácia, como no uso do preservativo e na negociação sexual (Baele, Dusserdorf, & Maes, 2001; Catania et al., 1992; Churning et al., 2001). No estudo de LoConte, O'Leary e Labouvien (1997; cit. por O'Leary, 2000), com pacientes de uma clínica de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), verificou-se que a auto-eficácia estava associada com maior uso do preservativo nas mulheres, mas não nos homens, sublinhando a importância diferencial das competências de negociação para as

mulheres. Novamente, estes resultados confirmam que a auto-eficácia é um preditor significativo do uso do preservativo para as mulheres mas não para os homens.

Como já assinalámos nas relações com o parceiro no ponto 2.2.2.2, as características do parceiro e as características de uma relação em particular desempenham um papel importante nos julgamentos de eficácia. A decisão da mulher de negociar a utilização de preservativo é baseada na sua percepção de custos e benefícios para a sua relação e o papel dessa relação nos objectivos de sobrevivência económicos, sociais e físicos. A capacidade das mulheres negociarem o sexo seguro pode de facto variar e ser particularmente difícil quando o parceiro é mais velho (Miller, Clarck, & Moore, 1997), ou abusivo (Wingood & DiClemente, 1997b) e quando as mulheres se encontram em relações de compromisso mais estáveis (St. Lawrence et al., 1998). Já referimos atrás que os parceiros sexuais podem ser vistos como “barreiras” à utilização do preservativo e, por isso é importante avaliar os julgamentos de eficácia (Forsyth & Carey, 1998).

Considerando o contexto da auto-eficácia e da falta de poder para negociar, as intervenções devem ajudar as mulheres a encontrar abordagens não confrontativas para a negociação sexual, proporcionado mais poder (*empowerment*) noutros aspectos das suas vidas (Moore et al., 1994). Esta sugestão vai de encontro à conclusão de Wingood e DiClemente (2002) que sugerem o aumento da auto-eficácia das mulheres na utilização e na negociação do uso do preservativo enquanto abordagem eficaz para prevenir o VIH na população feminina.

Todas as variáveis sócio-cognitivas revistas (os conhecimentos, as percepções, as motivações, a auto-eficácia) podem contribuir para a vulnerabilidade da mulher face ao VIH. De facto, as crenças influenciam o comportamento sexual e mais concretamente o uso do preservativo. Por exemplo, o Modelo de Crenças de Saúde engloba as percepções de susceptibilidade, mas torna-se necessário expandi-lo de modo a incluir as barreiras, o suporte social, e outras variáveis mais contextuais como as normas sociais e culturais. A inclusão dos componentes sociais pode melhorar a capacidade deste modelo para prever o comportamento preventivo face ao VIH (Wilson, Manual, & Lavelle, 1991). Passaremos a rever alguns dos factores sócio-culturais.

2.2.4 Factores Sócio-Culturais

2.2.4.1 Normas Sociais e Culturais

Os factores culturais desempenham um papel importante na contextualização dos comportamentos sexuais de risco que tornam a mulher mais vulnerável face ao VIH e outras DSTs. Para Wingood e DiClemente (2002), as normas culturais e de género conservadoras e as crenças tradicionais constituem factores de exposição social que colocam a mulher em risco no campo da saúde sexual. Logan, Cole e Leukefeld (2002) também referem as normas sociais e culturais como factores que possuem influência no comportamento de risco para o VIH na população feminina. Por exemplo, consideram que as elevadas taxas de VIH nas mulheres afro-americanas e hispânicas sugerem que a cultura pode ser um factor importante quando consideramos o risco.

De facto, a revisão da literatura confirma que as culturas afro-americanas e hispânicas possuem atitudes tradicionais e conservadoras face aos papéis de género. Por exemplo, Choi, Catania e Dolcini (1994) verificaram diferenças raciais/étnicas nos correlatos do sexo extra-marital. Neste estudo, os resultados indicaram diferenças de género na população afro-americana (sexo extra-marital mais elevado nos homens afro-americanos) mas não na população caucasiana, o que pode significar que os valores tradicionais dos papeis sexuais podem ser mais prevalentes na comunidade afro-americana do que na caucasiana. Adicionalmente, verificaram que os papeis de género tradicionais também podem ser mais prevalentes na comunidade hispânica do que na caucasiana, indicando que na cultura tradicional hispânica os homens são encorajados na expressão da sua sexualidade e “as relações sexuais extra-maritais são um sinal de virilidade” (p. 2006), enquanto que nas mulheres valoriza-se a virgindade pré-marital e a fidelidade marital.

Neste âmbito, torna-se essencial compreender o que é a aculturação. De acordo com Marín, Tschann, Gómez e Kegeles (1993), a aculturação é “um processo de adaptação no qual os sujeitos alteram as suas atitudes e comportamentos para se tornarem semelhantes àqueles da sociedade que os acolhe” (p. 1759) e constitui um importante preditor do comportamento sexual. Na perspectiva de Marin, Gomez e Hearst (1993), trata-se de um conceito que modifica significativamente o efeito de muito factores de saúde na população latina. Tal constatação foi verificada pelos mesmos autores numa pesquisa telefónica a 1.592 homens e mulheres hispânicos e 629 não hispânicos com idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos. Os resultados

indicaram que as mulheres hispânicas aculturadas de forma moderada ou elevada tinham maior probabilidade de possuírem múltiplos parceiros sexuais (4.9 e 8.4 vezes, respectivamente) em comparação com as mulheres menos aculturadas. Assim, verificou-se que na população hispânica, a aculturação é um importante preditor do estatuto de múltiplos parceiros sexuais. Por exemplo, os homens menos aculturados e as mulheres com aculturação elevada têm maior probabilidade de relatarem ter múltiplos parceiros heterossexuais. De facto, a cultura latina tradicional enfatiza a sexualidade masculina e reprime a feminina, pelo que a aculturação encontra-se associada com as diferentes mudanças no comportamento sexual (Amaro, 1995).

Em relação às normas de género, vários estudos têm mostrado que as mulheres que aderem a normas tradicionais possuem maior probabilidade de se envolverem em comportamentos que aumentam o seu risco face ao VIH. Por exemplo, as mulheres que acreditavam que pedir ao parceiro sexual para usar preservativo deixava implícito que ele seria infiel (norma de género), tinham três vezes maior probabilidade de terem um parceiro resistente ao uso de preservativos (Wingood & DiClemente, 1998b).

Outro factor cultural que aumenta o risco de aquisição do VIH nas mulheres afro-americanas é a sua percepção do desequilíbrio da proporção entre os sexos (*sex-ratio imbalance*) (Wingood & DiClemente, 1998b). Isto significa que para aquelas mulheres que querem casar existem menos homens casadoiros, disponíveis, ou seja, homens que sejam heterossexuais, que tenham emprego, que sejam auto-suficientes do ponto de vista económico e não estejam na prisão, do que mulheres casadoiras. Tais desequilíbrios de género permitem que os homens tenham mais oportunidades de possuir múltiplas parceiras femininas e pode estar associado com o aumento do risco para o VIH nas mulheres. A questão do desequilíbrio na proporção de sexos, a percepção de menos homens casadoiros e a percepção de poder influencia o comportamento feminino auto-protector: conduz as mulheres a uma maior relutância face aos tópicos de fidelidade e uso do preservativo, o que poderia levar a um conflito na relação (Saul et al., 2000). Esta situação coloca ainda mais obstáculos se considerarmos a dependência financeira de muitas mulheres.

A adesão a valores religiosos conservadores por parte das mulheres de minorias étnicas também contribui para aumentar o risco para o VIH (O'Leary & Wingood, 2000). Por exemplo, na comunidade hispânica a igreja católica é uma importante fonte de influência (Choi, Catania, & Dolcini, 1994) e, por isso, a educação relativa à prevenção do VIH nas mulheres latinas enfrenta um conjunto de obstáculos, tais como o

uso de preservativo ser contra a política oficial da igreja católica romana. De facto, a igreja católica é contra o uso de métodos de controlo da natalidade. Adicionalmente, na população latina a fertilidade faz parte da identidade feminina e da sua aceitação social. Outro aspecto importante relaciona-se com a prática sexual anal desprotegida enquanto estratégia contraceptiva e como forma de preservar a virgindade, aumentando o risco para a aquisição do VIH. O impacto destes valores religiosos conservadores também se pode verificar na cultura mulçumana que proíbe o uso de contracepção. Por exemplo, num estudo conduzido numa população feminina mulçumana do Kuwait (n=300) apenas 1% das mulheres relataram usar preservativo na actualidade e justificavam a não utilização de contraceptivos por proibição religiosa (Al-Gallaf, Al-Wazzan, Al-Namash, Shah, & Bahbehani, 1995).

Concluindo, as normas de género interagem com as normas culturais e com as instituições religiosas acabando por aumentar a vulnerabilidade das mulheres de minorias étnicas face ao VIH.

2.2.4.2 Influências Familiares

Os valores familiares, a percepção de elevado suporte parental, são muitas vezes vistos como factores protectores de saúde e encontram-se associados com os comportamentos sexuais seguros (Chewning et al., 2001). Por exemplo, num estudo de DiClemente e colaboradores (2001b) realizado numa população feminina (N=522) afro-americana sexualmente activa (dos 14 aos 18 anos) com factores de risco para o VIH, os resultados indicam que a menor frequência na comunicação pais-adolescente estava associada com a não utilização de contraceptivos, incluindo preservativos, nos últimos 6 meses e durante os últimos 5 episódios sexuais, com menor comunicação entre as adolescentes e os seus parceiros sexuais masculinos, e com a menor eficácia na negociação do sexo seguro. Adicionalmente, as adolescentes que relataram uma comunicação menos frequente com os pais sobre assuntos relacionados com o sexo tinham mais de três vezes menor probabilidade de relatarem uma comunicação frequente com o parceiro masculino sobre assuntos de protecção, nomeadamente como usar preservativo, história sexual do parceiro e como prevenir as DSTs/VIH e a gravidez. Além destas conclusões, verificou-se que as adolescentes que eram expostas a uma discussão mais frequente sobre tópicos sexuais com os seus pais tinham maior probabilidade de se sentirem confiantes na sua capacidade de negociar o uso do

preservativo ou de recusar as relações sexuais. Estes dados confirmam a importância do papel que os pais desempenham na determinação dos padrões de comunicação sexual aprendidos pelas adolescentes através de mecanismos da teoria sócio-cognitiva (e.g., os pais que comunicam abertamente sobre a sexualidade podem servir de modelos, proporcionando uma aprendizagem vicariante). Outro estudo (DiClemente, Wingood, Crosby, Sionean, Cobb, Harrington, et al., 2001c) descobriu que os adolescentes que tinham a percepção de menor monitorização parental possuíam mais comportamentos de risco, como, por exemplo, tinham 1.7 vezes maior probabilidade de testar positivo para uma DST e de relatar não ter usado preservativo no último encontro sexual, 2 vezes maior probabilidade de ter múltiplos parceiros sexuais, 1.5 vezes maior probabilidade de ter parceiros sexuais de risco, entre outros comportamentos de risco como história de consumo de álcool e drogas. Os resultados demonstram um padrão consistente de comportamentos de risco para a saúde e de resultados biológicos adversos (teste laboratorial a confirmar DST) associados com a menor percepção de monitorização parental, acabando por sublinhar a importância de envolver os pais na prevenção do VIH. Assim, as estratégias para melhorar a monitorização parental podem diminuir o risco dos adolescentes para as DSTs e, por conseguinte, para o VIH.

A confirmar a importância do ambiente familiar enquanto contexto social de influência nos comportamentos sexuais, encontra-se o estudo de Crosby, DiClemente, Wingood e Harrington (2002). Os resultados deste estudo realizado em 469 mulheres afro-americanas mostram que as adolescentes que não viviam numa família que as apoiava tinham cerca de duas vezes maior probabilidade de relatar não usar preservativos durante o último episódio de relação sexual com o parceiro habitual, 2.8 vezes maior probabilidade de relatar que não usaram preservativos em relações vaginais no último mês, quatro vezes maior probabilidade de relatar abuso emocional pelo parceiro sexual nos últimos seis meses, duas vezes maior probabilidade de relatar medo de negociar o preservativo, baixa auto-eficácia na negociação e elevada percepção de barreiras relacionadas com o parceiro para alcançar o sexo seguro.

Outros estudos revelam que a elevada satisfação na relação mães e adolescentes encontra-se associada com maior probabilidade de utilização de controlo da natalidade e menor probabilidade de relações sexuais e gravidez (Jaccard & Dittus, 2000). Por exemplo, no estudo de Chewing e colaboradores (2001) verificou-se que a percepção dos estudantes em relação ao apoio por parte da família estava associada com comportamentos sexuais seguros nos adolescentes índios americanos, tal como o

conhecimento parental sobre onde os adolescentes se encontravam e com que amigos, estavam significativamente relacionados com os estudantes não terem tido relações sexuais nos últimos três meses. Adicionalmente, o relato de uso consistente de contraceptivos nos últimos três meses estava positivamente associado com a presença de um dos pais na casa percebido como apoiante e atencioso. Estes dados reforçam a importância da ligação com a família, na qual a atenção parental relativamente às actividades e companhias é acompanhada pelo afecto e percepção de apoio.

Estes resultados demonstram a importância das influências familiares na explicação do risco das mulheres face ao VIH e focam a necessidade de envolver os pais nos esforços de prevenção do VIH/DSTs e da gravidez nas adolescentes, quer no âmbito da comunicação, quer ao nível da monitorização, tal como o proporcionar de apoio aos adolescentes.

2.2.5 Conclusão e Reflexão Crítica sobre os Factores de Risco para a Aquisição do VIH nas Mulheres

As taxas do VIH/SIDA têm aumentado nas mulheres no decurso das últimas décadas, existindo um conjunto de factores interrelacionados (e.g., sociais e contextuais na tipologia de Logan e colaboradores, 2002) considerados importantes no comportamento de risco face ao VIH na população feminina. A interrelação dos diversos factores verifica-se em vários exemplos já apresentados como, “O uso de substâncias aumenta o risco de vitimização, tendo impacto no comportamento de risco para o VIH” (p. 859).

Concluindo, as intervenções para reduzir o risco das mulheres face ao VIH devem considerar este conjunto de factores/preditores e incluir os parceiros sexuais masculinos, ainda que virtualmente, encorajando a sua cooperação no processo de tomada de decisão face ao controlo da natalidade e protecção de DST/VIH (Hobfoll et al., 1994; MacKenzie et al., 1999). Adicionalmente, as descobertas de Somlai e colaboradores (2002) relativas às associações entre aspectos do contexto de vida, tais como baixa auto-estima, fatalismo, infelicidade com a vida actual, e especialmente falta de optimismo face ao futuro pessoal, sugerem que os programas de prevenção do VIH para as mulheres podem ser melhorados se abordarem aspectos de percepção de vida e orientação futura mais amplos do que apenas a redução do risco para o VIH. Uma abordagem possível é a de garantir que os programas de prevenção do VIH contribuam

para a afirmação do valor pessoal das mulheres, encorajando o desenvolvimento de objectivos futuros e fomentando a crença de que podem resolver os problemas.

As circunstâncias de vida desvantajosas de muitas mulheres em elevado risco para o VIH/SIDA também requerem que os esforços de prevenção do VIH estejam ligados a um repertório mais vasto de serviços sociais, económicos, de emprego, de tratamento do uso de substâncias e outros serviços eficazes, em vez do problema ser abordado isoladamente destes serviços. Provocar e manter a mudança nos comportamentos sexuais de elevado risco pode ser mais fácil num contexto de vida mais amplo que inclua a auto-avaliação positiva, a crença de que podem gerir os problemas de vida actuais e uma visão optimista do próprio futuro. Na medida em que as intervenções, até à actualidade, não abordam estes factores contextuais, é pouco provável que as mulheres com poucos recursos, que possuem baixa esperança nas suas vidas ou no futuro, sejam capazes de iniciar e manter a mudança nos comportamentos que conferem risco para a infecção pelo VIH.

CAPÍTULO II – MODELOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

2.1 Modelos de Mudança de Comportamento

2.1.1 Introdução

“Theories can be useful to researchers and practitioners by providing insights into the factors that influence behavior. By applying a particular theoretical framework, we can understand the genesis of long-term adoption of health-related behaviours among members of a given population.” (Kegler, Crosby, & DiClemente, 2002, p. 393)

Ao longo da epidemia do VIH foram implementados vários programas de prevenção do VIH em diversas populações e cenários. Não obstante, a literatura foca uma lacuna: a separação entre o que se sabe relativamente à eficácia das intervenções (teoria e suporte empírico) e a prática de prevenção do VIH tal como é implementada (Fisher & Fisher, 2002). Na actualidade, a maioria das intervenções que possuem como alvo grupos de risco têm sido realizadas pelo sector de saúde pública (Ministério da Saúde) e são projectos financiados pelo governo (e.g., Programa ADIS da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA – Ministério da Saúde). Estes projectos são, no geral, implementados pelos departamentos de saúde ou financiados pelos mesmos e “supervisionados” por comissões governamentais. Contudo, a implementação destes projectos possui várias limitações, nomeadamente, são raras as avaliações rigorosas da eficácia dos programas e a aplicação das teorias de mudança de comportamento na concepção e avaliação dos mesmos, tal como a consulta dos profissionais com especialização comportamental. Actualmente, considera-se que a prioridade da prevenção deve-se focar no desenvolvimento de intervenções que tenham por base modelos que sejam capazes de modificar o curso da epidemia (Kelly, Murphy, Sikkema, & Kalichman, 1993). Podemos, de facto, constatar que as intervenções de prevenção face ao VIH implementadas focam-se primordialmente, se não apenas, em proporcionar informação sobre o VIH e tal informação, na ausência da componente de competências, possui um impacto limitado na mudança do comportamento de risco face ao VIH (Exner, Seal, & Ehrhardt, 1997). Verifica-se, assim, que o conhecimento sobre o VIH não se encontra relacionado com os comportamentos de risco, ou encontra-se relacionado apenas de modo moderado, e os programas de prevenção do VIH não possuem grande probabilidade de reduzir os comportamentos de risco se não fizerem mais do que simplesmente aumentar a componente do conhecimento (Kirby &

DiClemente, 1994). A revisão das intervenções de prevenção do VIH para as mulheres em risco mostram um baixo impacto comportamental das intervenções informativas, o que é consistente com vários modelos da mudança de comportamento que sugerem que o conhecimento é um precursor importante da mudança, mas isolado não é de todo suficiente (Exner et al., 1997).

Nos últimos anos, começou a emergir um maior nível de sofisticação nos programas do sector de saúde pública (e.g., nos EUA). A evidência empírica indicava que os programas comportamentais de prevenção do VIH possuíam um impacto favorável nos resultados comportamentais e económicos, iniciando-se o financiamento governamental e respectiva implementação/avaliação por profissionais de instituições académicas (Holtgrave, Qualls, Curran et al., 1995). Esta realidade começou a verificar-se em Portugal a partir do ano 2003, com o início do Programa ADIS – CNLCS (Ministério da Saúde). De acordo com Kelly e colaboradores (1993), o trabalho realizado no âmbito da prevenção do VIH começou a ser mais completo do ponto de vista teórico (teste dos modelos), com maior rigor na avaliação dos programas e consequentemente mais eficaz (desenvolvimento, implementação e disseminação da intervenção), embora tais intervenções estejam nos seus primórdios e pouco disseminadas para além do ambiente de investigação. Torna-se, por isso, urgente desenvolver investigações que usem modelos de mudança do comportamento, que sejam conduzidas em larga escala, que estabeleçam uma colaboração multidisciplinar, permitindo a ulterior disseminação.

Numa revisão da literatura sobre o trabalho realizado no âmbito das intervenções preventivas face ao VIH, tornam-se evidentes várias limitações. De acordo com Fisher e Fisher (2002; p. 43) existem seis limitações cruciais. Em primeiro lugar, embora tenham sido propostos quadros conceptuais para a mudança dos comportamentos de risco face ao VIH (como é o caso do Modelo de Crenças de Saúde – Rosenstock, Stretcher, & Becker, 1994; o Modelo de Redução do Risco da SIDA – Catania, Kegeles, & Coates, 1990; a Teoria da Acção Racional – Fishbein, Middlestadt, & Hitchcock, 1994; a Teoria Sócio-cognitiva – Bandura, 1994; o Modelo de Informação – Motivação – Competências Comportamentais – Fisher & Fisher, 1992, 2000; e o Modelo Transteórico – Prochaska, Redding, Harlow et al., 1994), grande parte das intervenções têm sido intuitivas e sem base conceptual, acabando por não beneficiar da literatura teórica que proporciona um quadro de referência. Em segundo lugar, poucas intervenções avaliam a informação de base pré-intervenção do grupo alvo, tal como a

motivação para a redução do risco e as competências comportamentais relativamente à prevenção do VIH, de modo a adaptar as intervenções às necessidades do grupo alvo. Em terceiro lugar, muitas vezes as intervenções centram-se em esforços para modificar os padrões gerais de comportamento (e.g., encorajam as pessoas a praticarem “sexo seguro”) em oposição ao ideal, que seria o foco no aumento das capacidades individuais para praticar actos específicos de redução do risco, embora a investigação nesta área indique que seria mais eficaz colocar a ênfase nos actos específicos do que nos padrões gerais de comportamento. Em quarto lugar, a maioria das intervenções em curso foca-se apenas em proporcionar informação sobre o VIH, que é muitas vezes irrelevante para o comportamento preventivo (e.g., dar informação sobre as células T) ou difícil de compreender, induzindo o medo ou possuindo uma tendência sexista. Em quinto, os autores referem que muitas vezes as intervenções não conseguem motivar os indivíduos a modificar o seu comportamento de risco ou não conseguem proporcionar treino para os ajudar a adquirir, ensaiar e refinar as competências comportamentais necessárias para a mudança do comportamento de risco face ao VIH. Por último, as intervenções existentes, na sua generalidade, não têm sido avaliadas com rigor suficiente no sentido de determinar as mudanças pretendidas nos factores mediadores (e.g., conhecimento, competências comportamentais) e no comportamento preventivo face ao VIH.

Este foco nos modelos de mudança de comportamento pode ser explicado pelo facto das mudanças na concepção da saúde humana e da doença terem conduzido à passagem do modelo de doença para o modelo de saúde. Segundo Bandura (2000), o modelo de saúde foca-se na promoção da saúde tal como na prevenção da doença. Esta mudança conduziu a uma maior atenção às práticas actuais de saúde e, por conseguinte, aos modelos que explicam a mudança de comportamentos.

Muitas das limitações acima descritas são mencionadas por uma ou mais das abordagens teóricas da mudança de comportamento a nível individual que serão desenvolvidas neste capítulo. Segue-se a revisão de várias conceptualizações, algumas das quais foram formuladas noutros domínios e mais tarde aplicadas ao comportamento de prevenção face ao VIH, e algumas das quais foram formuladas especificamente para mudança comportamental no âmbito do VIH. De facto, alguns modelos psicológicos de tomada de decisão têm sido aplicados à compreensão do uso do preservativo na relação heterossexual, incluindo a Teoria Sócio-Cognitiva (Bandura, 1994), o Modelo de Crenças de Saúde (Rosenstock, Stretcher, & Becker, 1994), a Teoria da Acção Racional (Fishbein, Middlestadt, & Hitchcock, 1994) e a Teoria do Comportamento Planeado

(Ajzen, 1985, 1991). Estes modelos descrevem uma série de variáveis cognitivas que se sobrepõem e que se pensa predizerem o comportamento. A título de exemplo, a Teoria do Comportamento Planeado combina aspectos da Teoria da Acção Racional e da Teoria da Aprendizagem Social.

Os modelos a serem revistos neste capítulo incluem modelos gerais de mudança de comportamento como a Teoria Sócio-Cognitiva, o Modelo de Crenças de Saúde, a Teoria da Acção Racional, a Teoria do Comportamento Planeado, o Modelo Transteórico, e modelos específicos de mudança do comportamento sexual de risco como o Modelo de Informação – Motivação – Competências Comportamentais e Modelo de Redução do Risco da SIDA. O que é comum a todos estes modelos é o facto de se tratar de modelos sócio-cognitivos que “especificam os antecedentes cognitivos modificáveis da acção” (Abraham & Sheeran, 2000; p. 3), valorizando as cognições sociais (e.g., normas subjectivas), e diferentes dos modelos cognitivos (e.g., MCS) que descrevem o comportamento como “o resultado de um processamento de informação racional, colocando ênfase nas cognições individuais e não no contexto social das cognições” (Ogden, 1999; p. 37). Seleccionámos estes modelos com o objectivo de melhor compreender o comportamento sexual de risco. Para cada quadro conceptual, são mencionados os fundamentos de cada modelo e a sua aplicação ao risco para o VIH e ao comportamento preventivo. Posteriormente, é discutida a investigação relevante baseada no modelo (e.g., testar as suas assumpções, usá-lo para predizer o comportamento de risco e como quadro para o desenho e avaliação da intervenção). Por fim, surge a reflexão crítica e conclusões relativamente a cada modelo, e a comparação dos modelos apresentados.

2.1.2 A Teoria Sócio-Cognitiva

A Teoria Sócio-Cognitiva (TSC) tem sido aplicada numa variedade de domínios no âmbito da saúde (Bandura, 1997) como, por exemplo, no exercício do controlo face à infecção pelo VIH (Bandura, 1989, 1992, 1994). Bandura (1994) propõe que a informação (e.g., conhecimento sobre o VIH) por si só não provoca a mudança comportamental, sendo necessárias certas competências (auto-motivação e auto-orientação). Por esta razão, não basta possuir competências, pois a realização de comportamentos requer auto-crenças na própria eficácia para exercer controlo pessoal. Assim, a prevenção do VIH implica que as pessoas exerçam influência sobre a sua própria motivação e comportamento, pelo que a informação, *per se*, não possui muita influência nos hábitos de saúde. Em suma, a auto-regulação eficaz do comportamento requer certas competências, mas também a capacidade de as usar, ou seja, a auto-crença nas próprias capacidades de exercer controlo pessoal (Bandura, 1992).

Existem duas importantes influências na auto-regulação do comportamento e na capacidade de usar as competências de negociação do uso do preservativo: (1) auto-eficácia percebida – expectativas de eficácia (crença de que se consegue realizar um comportamento específico) e (2) expectativas de resultado (crença de que um determinado comportamento irá conduzir a resultados positivos ou negativos) (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988). As expectativas de resultado incluem crenças de prevenção, crenças hedonísticas e crenças sobre a reacção do parceiro. Estas reflectem o grau em que os indivíduos consideram que o comportamento de saúde (e.g., usar preservativos) poderá conduzir a uma consequência específica (e.g., estar protegido face ao VIH). Por sua vez, as expectativas de auto-eficácia reflectem o grau em que os indivíduos consideram serem capazes de praticar o comportamento em questão (e.g., “Sou capaz de negociar o uso de preservativo” / “Acredito que não sou capaz de convencer o meu parceiro a usar preservativo”). As crenças de eficácia possuem diferentes níveis de generalidade: crenças de eficácia gerais e crenças de eficácia específicas. As crenças de eficácia específicas possuem um impacto mais forte na iniciação do comportamento como, por exemplo, as crenças de eficácia de redução do próprio risco de ser infectada com o VIH ou a crença de auto-eficácia na negociação do preservativo. Estas crenças são traduzidas na confiança do indivíduo face à sua capacidade de baixar o risco pessoal de contrair o VIH usando sempre preservativo.

A teoria postula que os indivíduos se envolvem em determinados comportamentos quando se sentem capazes de realizar esse mesmo comportamento

(auto-eficácia). A auto-eficácia percebida consiste “nas crenças das pessoas de que conseguem exercer controlo sobre a sua própria motivação, processos de pensamento, estados emocionais e padrões de comportamento” (Bandura, 1994; p. 26). Por outras palavras, a auto-eficácia é a percepção de que se pode controlar a própria motivação, o ambiente, e mais especificamente o próprio comportamento. Assim, embora a teoria considere a aprendizagem de competências necessária, mais importante é a crença na capacidade de mudança, de controlo sobre o comportamento sexual no contexto da prevenção do VIH porque a prevenção do VIH requer que as pessoas exerçam influência sobre o seu próprio comportamento e sobre o seu ambiente social. Mais concretamente, a eficácia percebida pode afectar todas as fases de mudança pessoal (Bandura, 1992).

As suposições fundamentais da TSC englobam as componentes acima especificadas. De acordo com a TSC, uma intervenção eficaz na mudança comportamental deve envolver quatro componentes principais, onde se inclui a auto-eficácia (Bandura, 1989, p. 130; Bandura, 1992, p. 96; Bandura, 1994, p. 30): (1) a componente informativa desenhada para aumentar a consciência e o conhecimento sobre os riscos para a saúde e para persuadir as pessoas de que elas possuem a capacidade para modificar o comportamento; (2) uma componente para desenvolver as competências sociais, de auto-regulação e de redução do risco, necessárias para efectuar a transição do conhecimento sobre o risco para o comportamento preventivo (acção); (3) uma componente para melhorar o nível destas competências (sociais e auto-reguladoras) e o nível de auto-eficácia dos indivíduos em relação às mesmas (prática e *feedback* correctivo na aplicação das competências); e, por fim, (4) uma componente que desenvolve ou envolve o apoio social para o indivíduo que está a efectuar a mudança com o objectivo de facilitar o processo de mudança e promover a manutenção dessa mesma mudança.

Wulfert e Wan (1993) aplicaram a teoria sócio-cognitiva de Bandura ao uso do preservativo, tal como pode ser observado no modelo que liga as variáveis cognitivas à auto-eficácia e ao uso do preservativo (Figura 1; p. 347).

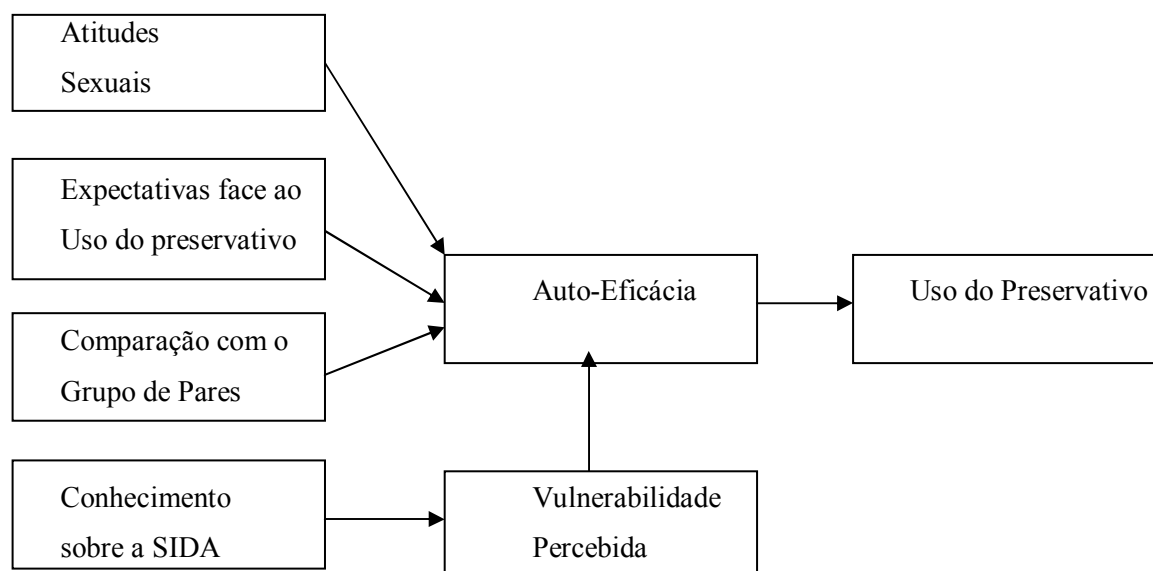


Figura 1. A aplicação da Teoria Sócio-Cognitiva ao uso do preservativo (adaptado para o português de Wulfert & Wan, 1993; p. 347).

A revisão destes quatro elementos ou componentes da mudança comportamental será descrita em seguida de modo mais pormenorizado.

No âmbito da mudança do comportamento de risco face ao VIH, a componente de informação de uma intervenção deve realçar um conjunto de características da informação, nomeadamente, informação factual sobre a natureza da SIDA, os tipos de comportamentos que podem provocar a aquisição do VIH (vias de transmissão, práticas sexuais de risco), focar o que constitui o comportamento preventivo eficaz e incluir informação que predispõe os indivíduos a acreditar que podem envolver-se de modo eficaz na prevenção (Bandura, 1994). Na prática, uma intervenção deve informar as pessoas que o seu comportamento actual pode ser perigoso, ensiná-las a serem mais seguras e promover a auto-eficácia relativamente à prevenção do VIH. Ainda na componente de informação existem dois factores: o conteúdo informativo das comunicações para a saúde e os mecanismos de difusão social (Bandura, 1989). Mais especificamente, na componente informativa verifica-se que para que sejam eficazes, as comunicações de saúde devem reforçar nas pessoas a crença de que possuem a capacidade de alterar os seus hábitos de saúde e devem instruí-las a fazê-lo, uma vez que o grau de auto-eficácia proporcionado por esta componente informativa é um bom preditor da tentativa de modificar um comportamento não saudável (Bandura, 1994; p. 33). Adicionalmente, esta componente informativa deve sublinhar que a mudança bem

sucedida requer esforços de perseverança, e considerar que o conteúdo da componente de informação deve ser compreensível e culturalmente relevante para o grupo alvo. Neste campo, as mensagens de saúde não possuem muito impacto social sem os meios eficazes de disseminação (*mass media*, televisão, etc.) (Bandura, 1989).

De acordo com a TSC, a informação é necessária mas não é suficiente para conduzir ao comportamento preventivo ou para persuadir as pessoas a alterarem os seus hábitos de risco. Além da componente de informação, uma intervenção eficaz de prevenção do VIH deve possuir uma componente que desenvolva nos indivíduos as competências auto-reguladoras necessárias para o envolvimento na prevenção (competências auto-protectoras e de auto-eficácia; Bandura, 1992). Isto porque os indivíduos necessitam de orientação em como traduzir as suas preocupações em acções eficazes (Bandura, 1989). Estas competências de auto-regulação incluem conhecer as pistas de risco (reconhecer as sequências comportamentais que conduziram ao risco), ser capaz de se recordar de como é importante o comportamento seguro (desenvolver objectivos internos) e de se reforçar por o pôr em prática (usar auto-incentivos para se motivar e aplicar outros tipos de auto-orientação cognitiva).

Fisher e Fisher (2000), na sua revisão do modelo consideram estas competências de auto-regulação importantes pois permitem que o indivíduo desenvolva a capacidade de se motivar e orientar as suas acções, determinando o tipo de situações de risco em que as pessoas se encontram, como lidam com elas e como conseguem resistir aos factores sociais que podem conduzir ao comportamento de risco. Neste contexto, um aspecto muito importante deste modelo é o ensaio cognitivo. Mais concretamente, após a pessoa ter identificado o risco, as competências de auto-regulação podem ser treinadas através do ensaio cognitivo, como, por exemplo, praticar como dizer a si próprio que as pistas de risco devem ser evitadas, praticar o reforço quando o evitamento do risco é bem sucedido e punir-se quando existe uma falha.

Outro aspecto importante consiste em mostrar às pessoas “modelos” que consigam representar de modo eficaz as competências de auto-regulação, e esta modelagem pode ser benéfica no desenvolvimento dessas mesmas competências (Bandura, 1994). Bandura considera que quanto mais cedo o indivíduo se retirar de uma sequência que pode culminar em comportamento de risco (por exemplo, para uma mulher, beber em excesso num bar), maior a probabilidade de ser bem sucedido relativamente ao evitamento do risco. Além de ser importante desenvolver competências de auto-regulação, Bandura refere o desenvolvimento de competências de

redução do risco como um aspecto central na teoria e na implementação da mesma. Estas competências podem ser técnicas (saber como se usa o preservativo), sociais (saber como negociar o uso do preservativo ou como sair de situações de risco) ou ambas (saber como erotizar o sexo seguro). De acordo com Bandura (1994), até o indivíduo desenvolver as competências de redução do risco e um sentimento de auto-eficácia em relação ao uso das mesmas, o ideal seria o indivíduo permanecer fora das situações de risco. Um aspecto muito importante no âmbito da prevenção do VIH implica considerar que as competências de redução do risco face ao VIH podem ser adquiridas através da modelagem social. O poder deste método é que pode simultaneamente transmitir conhecimento e competências a um grande número de pessoas através da modelagem por videocassetes (e.g., expondo os indivíduos a vídeos de actores que exemplificam as competências em foco, mostrando modelos ao vivo a utilizarem estas competências ou através de *role-play* dos comportamentos correctos) (Bandura, 1992, 1994). Considerando que as pessoas desenvolvem um sentimento mais forte de auto-eficácia a partir da exposição aos modelos com os quais possuem alguma semelhança ao nível da idade, género, estatuto, origem étnica, tipo de problemas, situações em que vão aplicar as competências, ou tipo de comportamento de risco face ao VIH, é essencial adaptar os programas de acordo com as características dos intervenientes.

De acordo com Bandura (1989, 1992, 1994), após o indivíduo ter desenvolvido as competências necessárias, a terceira componente de uma intervenção preventiva face ao VIH consiste em melhorar o nível de competências sociais de prevenção do VIH e construir o sentimento de auto-eficácia. Tal como previamente referido, para aumentar as competências e a auto-eficácia, os indivíduos necessitam de praticar o comportamento em questão (e.g., negociar sexo seguro) em contextos progressivamente mais difíceis (desde aqueles em que não tem medo de cometer erros ou parecer inadequado, às situações mais difíceis que possam imaginar na gestão dos aspectos interpessoais da sexualidade). É importante que, após a prática (e.g., *role-play*), os indivíduos recebam *feedback* informativo para melhorar a aplicação das competências ou efectuar mudanças correctivas. Bandura (1994) adiciona que estes procedimentos conduzem à melhoria das competências e a um aumento do sentimento de auto-eficácia, o que torna as pessoas mais aptas a usar as novas competências (e.g., quando estas são bem sucedidas na vida real permitem um maior sentimento de auto-eficácia). Por conseguinte, quanto mais elevada for a auto-eficácia percebida, maior o sucesso na

manutenção do comportamento promotor de saúde (Bandura, 1992). Alguns programas de prevenção do VIH (e.g., Bryan, Aiken, & West, 1996) ensinam a exercer o controlo auto-protector nas relações sexuais e a resistir às pressões face ao envolvimento em comportamentos sexuais de elevado risco (através da modelagem, *role-play*, e *feedback* correctivo).

A quarta componente de uma intervenção eficaz de prevenção do VIH envolve o desenvolvimento de um contexto de apoio social para a mudança comportamental. Dado que a mudança pessoal ocorre numa rede de influências sociais, a influência social (em especial a influência social normativa) pode ajudar, atrasar ou limitar a sua iniciação e manutenção (Bandura, 1994). No âmbito da auto-protecção contra as DSTs, o uso do preservativo requer que as mulheres exerçam controlo sobre o próprio comportamento e sobre o dos homens, num contexto social mais restrito (díade). Num nível social mais vasto, devem ser alteradas as atitudes e as normas sociais para aumentar o sentido de responsabilidade nos homens face às consequências de uma sexualidade de risco (e.g., programas comunitários com a difusão social de um novo comportamento; Bandura, 1989). Por esta razão, estas influências sociais desempenham um papel fundamental na iniciação e na manutenção do comportamento seguro.

Suporte Empírico da TSC

No âmbito empírico, há aspectos que suscitam crítica e algumas vantagens na aplicação da TSC. Tem sido reconhecida a validade geral da TSC para uma variedade de comportamentos (Bandura, 2000; Ogden, 1999). Em primeiro lugar, na revisão do suporte empírico do modelo, Fisher e Fisher (2000) consideram que as inter-relações entre os elementos da TSC ainda não foram especificadas e, por esta razão, este modelo não pode ser considerado um modelo multifacetado integrado, nem pode ser testado como tal, o que constitui uma limitação na sua aplicação. Não obstante, adicionam que as relações entre alguns elementos considerados necessários para a prevenção do VIH na TSC e para o comportamento preventivo face ao VIH têm recebido apoio empírico, o que acaba por ser uma vantagem na aplicação do modelo. De facto, a investigação correlacional tem confirmado a relação entre certos contrutos sócio-cognitivos (e.g., competências de auto-eficácia para a gestão do risco) e a prática do comportamento preventivo face ao VIH, embora os contrutos e as operações não tenham sido exaustivamente especificados em relação ao comportamento preventivo, nem a TSC como modelo integrado, multivariado foi testado de modo empírico nesta área (Fisher,

Fisher, Williams, & Malloy, 1994). Bandura (1994) sugeriu que muitos estudos mostram que a informação é necessária mas não é suficiente para a prevenção do VIH (e.g., Exner, Seal, & Ehrhardt, 1997; Kirby & DiClemente, 1994). Outro aspecto consistente com a TSC, é que apenas a informação relevante do ponto de vista comportamental (informação sobre a transmissão e prevenção do VIH) é importante para que a prevenção do VIH ocorra. A asserção de que a tentativa de mudança comportamental é mais provável quando a componente de informação de uma intervenção fomenta um sentimento de auto-eficácia (Bandura, 1994) ainda não foi testada no contexto da prevenção do VIH, nem a asserção de que os componentes informativos que focam que a perseverança é necessária para uma mudança bem sucedida estará associada com uma maior manutenção.

Outra assumpção da TSC é a de que para que haja um envolvimento na prevenção do VIH são necessárias simultaneamente as competências de auto-regulação e de redução do risco, para além da informação (Bandura, 1994). A revisão da literatura não relacionou a posse destas competências com os níveis de comportamento preventivo face ao VIH. No entanto, a falta de apoio para o efeito directo destas variáveis na prevenção do VIH não é problemático porque a TSC as considera necessárias mas não suficientes para a prevenção (Fisher & Fisher, 2000). De acordo com os autores da TSC, estas competências apenas são necessárias e suficientes quando se possui um sentimento de auto-eficácia em relação à sua utilização.

Existe suporte empírico para a relação entre os sentimentos de auto-eficácia associados às competências necessárias para o sexo seguro, e a realização do comportamento sexual seguro. De extrema importância é a constatação de que a percepção de auto-eficácia relativamente à prática do sexo seguro prediz o comportamento de tomada de risco numa vasta gama de populações (e.g., Longshore, Stein, & Anglin, 1996). Por exemplo, DiClemente, Lodico, Grinstead e colaboradores (1996) verificaram que os adolescentes heterossexuais que possuíam auto-eficácia para exigir o uso do preservativo, percebiam as normas do grupo de pares como apoando o uso do preservativo, tinham maior controlo dos impulsos e tinham maior probabilidade de relatarem uso consistente do preservativo. Estes resultados também se verificam na população de estudantes universitários do estudo de Wulfert e Wan (1993), onde a auto-eficácia funcionou como um mediador central através do qual outros factores cognitivos, incluindo as expectativas e a comparação com o grupo de pares, exerceram a sua influência no uso do preservativo. Exemplos de outras populações ondem se verifica

a relação entre a auto-eficácia e o comportamento sexual seguro, incluem também as mulheres adultas heterossexuais. Neste contexto, Kalichman e Stevenson (1997) verificaram que a história de risco face ao VIH estava associada com a auto-eficácia para realizar acções de redução do risco: a baixa auto-eficácia na utilização de preservativos estava directamente associada com a história de risco face ao VIH. A relação auto-eficácia e comportamento sexual seguro verifica-se ainda nos homossexuais infectados com o VIH (Fisher, Willcutts, Misovich, & Weinstein, 1998) e nas mulheres infectadas com o VIH (as mulheres tinham maior probabilidade de usar preservativos consistentemente se tivessem elevada percepção de poder influenciar o uso do preservativo; Kline & Vanlandingham, 1994). Na relação entre auto-eficácia e sexo seguro, a auto-eficácia nem sempre conduz ao comportamento sexual seguro como pode ser verificado no estudo de Seal, Minichiello e Omodei (1997): a auto-eficácia sexual encontra-se positivamente correlacionada, directa ou indirectamente, com os comportamentos sexuais de risco, quer nos contextos sexuais regulares e casuais. Estes resultados em relação à auto-eficácia sexual são contrários aos esperados, ou seja, esta variável deveria estar negativamente correlacionada com comportamentos sexuais de risco. Outro exemplo é o estudo de O’Leary, Goodhart, Jemmott e colaboradores (1992) sobre os preditores do sexo seguro num *campus* universitário. O estudo relata que a elevada auto-eficácia que os indivíduos sentiam face à sua capacidade para conversar sobre a história pessoal com um novo parceiro, estava associada com maior número de encontros sexuais desprotegidos. Em suma, embora haja estudos que mostram resultados contraditórios, o estudo de Bryan, Aiken e West (1996) ilustra como as intervenções com várias componentes para a prevenção do VIH, que aumentam o nível de competências de prevenção nas mulheres e o seu sentimento de auto-eficácia em relação à sua aplicação (e.g., auto-eficácia no uso do preservativo), têm demonstrado aumentar o comportamento preventivo de modo consistente (e.g., maior relato de uso do preservativo). Assim, a auto-eficácia é considerada uma componente fundamental na promoção de comportamentos sexuais seguros (Murphy, Stein, Schlenger, Maibach, & NIMH, 2001). A auto-eficácia é importante pelas seguintes razões (Fisher & Fisher, 2000; p. 23): (a) a auto-eficácia possui um impacto no sentido de determinar se as pessoas vão tentar mudar ou não, que esforço irão efectuar, quanto irão persistir na tentativa de mudança sem desistir; e (b) sem a percepção de auto-eficácia as pessoas não terão comportamentos seguros, mesmo sabendo o que constitui comportamento seguro

(e.g., usar preservativo pode ajudar a prevenir o VIH) e mesmo se possuírem as competências necessárias (e.g., saber colocar correctamente o preservativo).

A teoria prediz que o apoio social normativo facilita a prevenção do VIH, o que tem sido verificado em relação ao comportamento sexual nos adultos heterossexuais. Por exemplo, Fishbein, Trafimow, Middlestadt e colaboradores (1995) verificaram que as pressões normativas percebidas para usar preservativos eram o determinante mais importante dos comportamentos de uso do preservativo nos adultos heterossexuais. Este padrão também se verificou noutras populações, como é o caso dos homossexuais infectados com o VIH (Fisher et. al., 1998). Verifica-se que o apoio social normativo se encontra associado com o sexo seguro, pelo que são recomendadas as tentativas de mudança do uso do preservativo através da influência das normas sociais percebidas (e.g., campanha dos *mass media* sugerindo que as pessoas falem com os amigos sobre o uso do preservativo).

Mudar o Comportamento Preventivo face ao VIH: A aplicação da TSC

Os estudos relativos à mudança do comportamento preventivo face ao VIH permitem verificar que muitas das intervenções podem ser classificadas de cognitivo-comportamentais, sendo que algumas usam mesmo o quadro conceptual da TSC como o estudo St. Lawrence, Brasfield, Jefferson e colaboradores (1995) que descreveremos mais adiante. Outras intervenções usam alguns dos elementos da TSC. Por exemplo, Bryan e colaboradores (1996), num estudo com 198 mulheres, realizaram uma sessão de intervenção de promoção do uso do preservativo com base num modelo psicossocial, onde consideraram alguns elementos do Modelo de Crenças da Saúde (e.g., susceptibilidade, severidade, benefícios) e da TSC, como a auto-eficácia no uso do preservativo (obter preservativos, mecanismos de uso de preservativos, reforçar a intenção de usar preservativos com o parceiro sexual e gerir a insatisfação do parceiro face ao uso do preservativo). Os resultados indicaram que a intervenção conduziu a um aumento do uso do preservativo no seguimento de 6 meses, verificando-se também mudanças positivas na percepção dos benefícios do uso do preservativo, nas atitudes face ao uso do preservativo e face aos utilizadores, no controlo sobre o encontro sexual, na auto-eficácia para o uso do preservativo e nas intenções para usar preservativos.

Outro exemplo da aplicação do modelo é o estudo realizado por Kalichman, Carey e Johnson (1996). Neste estudo, os autores apresentam uma meta-análise de 12 intervenções de prevenção do VIH formuladas com base na teoria da aprendizagem

social/princípios da TSC. Das intervenções revistas, todas partilham o essencial das componentes centrais da TSC que incluem características como a educação para o risco, a sensibilização para o risco, a construção da auto-eficácia e o treino de competências, embora variem na quantidade de intervenção disponibilizada. Os resultados indicaram que o efeito das 12 intervenções nos comportamentos foi positivo e significativo, e que 6 das intervenções implementadas em populações ecléticas (mulheres, adolescentes, homens homo e bissexuais) demonstraram uma mudança significativa em comportamentos sexuais de risco. Mais concretamente, os efeitos dos estudos foram consistentemente positivos indicando que estas intervenções comportamentais possuem a capacidade de alterar os comportamentos sexuais associados com a transmissão do VIH.

A revisão de outras intervenções baseadas na TSC, permite verificar a aplicabilidade da TSC à mudança do comportamento sexual de risco e ilustram a aplicação da TSC em contextos de intervenção. Uma das intervenções de prevenção do VIH (St. Lawrence et al., 1995) considerada eficaz, teve como alvo 246 adolescentes afro-americanos e aplicou os quatro elementos da TSC, envolvendo as seguintes componentes: educação face ao VIH, desenvolvimento de competências sociais, cognitivas e técnicas da TSC, *role-play*, *empowerment*, ou seja, conferir poder, e suporte social. Neste estudo, os jovens foram aleatoriamente distribuídos por uma de duas intervenções: (1) programa educativo, ou (2) intervenção com treino de competências comportamentais, incorporando as três componentes do MIMCC (Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais), que incluiu o uso correcto do preservativo, a assertividade sexual, recusa, informação, auto-gestão, resolução de problemas, e reconhecimento do risco. Verificou-se que os jovens submetidos à intervenção que incluiu informação e competências específicas (treino de competências) baixaram o seu comportamento de risco (reduziram a actividade sexual desprotegida, aumentaram o uso do preservativo e demonstraram mais competências comportamentais), mantendo as mudanças de redução do risco, quando comparados com os jovens que apenas receberam informação. Os resultados desta intervenção baseada na TSC mas que contém elementos de outras teorias (e.g., do Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais – MIMCC), revelam que foi muito eficaz na redução do sexo desprotegido. No entanto, o facto de a intervenção se basear em vários modelos e o estudo não isolar o contributo específico das componentes baseadas na TSC, levanta questões sobre a utilidade do estudo no teste do modelo.

Uma intervenção com base na TSC mais recente foi do *National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial* (2001) que consistiu numa intervenção para reduzir os comportamentos sexuais de risco face ao VIH em 3706 homens e mulheres em risco. A intervenção foi baseada nos princípios da teoria sócio-cognitiva e foi desenhada para influenciar a mudança no comportamento através da melhoria das expectativas de resultado em relação ao uso do preservativo, do aumento do conhecimento, competências e auto-eficácia para realizar comportamentos sexuais seguros. No âmbito dos resultados, esta intervenção provou ser eficaz no seguimento de três meses, nomeadamente as medidas dos mediadores sócio-cognitivos (auto-eficácia na negociação do preservativo; expectativa de resultado no uso do preservativo – físicas, sociais e de auto-avaliação; conhecimento sobre o sexo seguro; avaliação das competências de uso do preservativo) utilizadas foram mais elevadas no grupo de intervenção quando comparado com o grupo de controlo (*The National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial Group*, 2001). A adição de variáveis mediadoras desenhadas para avaliar as componentes do programa de intervenção, reduziram significativamente o efeito de intervenção em aproximadamente 36%, sugerindo que o sucesso da intervenção foi pelo menos parcialmente devido às mudanças nos elementos da TSC (Teoria Sócio-Cognitiva) medidos (auto-eficácia, expectativas de resultado e conhecimento).

Em suma, várias intervenções baseadas na TSC parecem ter sido bem sucedidas na mudança do comportamento de risco face ao VIH em diversas populações alvo (NIHM, 2001; Peterson et al., 1996; St. Lawrence et al., 1995). Estes resultados apoiam a asserção de Bandura (1989) de que os programas psicossociais multifacetados que proporcionam às pessoas conhecimento, meios, auto-crenças para exercer o controlo, e suporte social para os esforços na mudança pessoal podem alcançar resultados benéficos.

Conclusões e Análise Crítica

A TSC tem recebido suporte empírico enquanto modelo de mudança de comportamento para um conjunto de comportamentos não saudáveis (Bandura, 2000), recebendo também apoio na área da prevenção do VIH (Bandura, 1994).

Ao analisarmos a TSC encontramos vantagens e limitações na aplicação do modelo no âmbito da prevenção do VIH (Fisher et al., 1994; p. 240). Em relação à abrangência, a TSC constitui um modelo relativamente abrangente dos determinantes do

comportamento preventivo face ao VIH. Tal como mencionado anteriormente, a TSC permanece incompleta no âmbito das inter-relações entre os determinantes hipotetizados do comportamento preventivo face ao VIH. Esta falta de especificação relativamente à inter-relação entre os construtos explica o facto da TSC não ter sido testada enquanto modelo integrado multivariado, embora tenha sido relatado suporte empírico para determinadas relações univariadas (e.g., relação auto-eficácia/apoio social normativo e mudança de comportamento de risco face ao VIH). Adicionalmente, a multiplicidade de construtos da TSC sugere que este modelo pode não ser o mais simples nas explicações do comportamento neste domínio. Em relação à tradução do modelo em intervenções de redução do risco para a SIDA, a TSC não se traduz rapidamente numa intervenção abrangente, embora os elementos contenham sugestões válidas para a construção de componentes de uma intervenção.

De facto, os estudos revistos indicam que a aplicação da TSC ao domínio da redução do risco face ao VIH tem considerado intervenções inspiradas na TSC e não em testes do próprio modelo, verificando-se que a TSC contém a maioria ou todos os elementos associados com as intervenções eficazes (e.g., educação face ao VIH/risco, a construção da auto-eficácia e o treino de competências, desenvolvimento de competências sociais, cognitivas e técnicas da TSC, *role-play*, *empowerment*, suporte social, etc.). Por exemplo, a meta-análise de Kalichman e colaboradores (1996) sugere que as intervenções que contém elementos da TSC têm tido sucesso na mudança do comportamento de risco face ao VIH. Assim, o sucesso da aplicação da TSC na mudança do comportamento deve ser dividido com outros modelos que partilham elementos comuns com a TSC (e.g., Teoria da Acção Racional – TAR; Teoria do Comportamento Planeado – TCP; e Modelo de Informação – Motivação – Competências Comportamentais – MIMCC) (Fisher & Fisher, 2000).

Podemos concluir que o conceito de auto-eficácia é importante na prevenção do VIH e tem sido incluído noutras teorias de comportamento de saúde, como a teoria da acção racional, sendo nesse âmbito considerado um factor que contribui para a formação das intenções. Também os resultados do estudo de Wulfert e Wan (1993) indicam que o paradigma da auto-eficácia é um quadro conceptual útil para compreender factores psicológicos importantes que se encontram envolvidos no comportamento sexual de risco. Não obstante, podemos considerar que apesar de importante, a auto-eficácia percebida e a expectativa de resultado não podem explicar

por si só a complexidade do comportamento sexual humano (Koniak-Griffin, Lesser, Uman, Nyamathi, 2003).

2.1.3 O Modelo de Crenças de Saúde

O Modelo de Crenças de Saúde (MCS), designado na sua língua materna por *Health Belief Model*, precede os restantes modelos de mudança de comportamento de saúde, sendo o mais aplicado no âmbito do comportamento de saúde para explicar os comportamentos preventivos de saúde, os comportamentos de doença e a utilização clínica (Janz & Becker, 1984). Este modelo foi desenvolvido nos anos 50 por psicólogos do Serviço de Saúde Pública dos EUA, que tentavam compreender porque é que as pessoas não participavam nos programas para prevenir, detectar e diagnosticar doenças ou, de uma forma mais genérica, porque é que as pessoas usam ou não os serviços de saúde (Rosenstock, 1966). Mais tarde, o modelo foi alargado para dar resposta à questão do porquê é que as pessoas não obtinham os cuidados médicos necessários e para explicar porque é que as pessoas não aderem aos regimes médicos (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994). O MCS é uma teoria de “expectativa de valor”, o que no contexto do comportamento relacionado com a saúde se traduz da seguinte forma: (1) desejo de evitar a doença ou de melhorar (valor), e (2) crença de que uma acção de saúde específica pode prevenir (ou melhorar) a doença (expectativa, susceptibilidade e severidade) (Rosenstock et al., 1994). No âmbito do VIH, o modelo descreve o processo de tomada de decisão consciente sobre a utilidade das acções de saúde (como o uso de preservativos) e sublinha alguns dos factores determinantes na adopção de comportamentos protectores, assumindo que o comportamento preventivo face ao VIH é uma função da vulnerabilidade percebida à infecção pelo VIH, da severidade percebida da infecção pelo VIH, custos e benefícios percebidos das opções do comportamento preventivo face ao VIH e pistas para a acção (Fisher et al., 1994). Sucintamente, o MCS defende que as pessoas só se envolveriam em comportamentos preventivos se se sentissem susceptíveis a uma condição de saúde, se acreditassem que a condição é caracterizada por um elevado nível de severidade (e.g., resultados negativos de saúde) e se sentissem que os custos de se envolverem no comportamento preventivo seriam superados pelos benefícios. Desde a sua formulação original o modelo foi submetido a algumas modificações conceptuais que serão posteriormente descritas.

Na sua concepção original foram consideradas as componentes de susceptibilidade percebida, severidade percebida, vulnerabilidade percebida, benefícios, custos (barreiras), e outras versões do modelo incluíram a noção de pistas para a acção (“*cue stimulus*”). A susceptibilidade percebida refere-se à percepção subjectiva do risco de contrair a doença como, por exemplo, contrair o VIH. A severidade percebida inclui as percepções pessoais (avaliações) das consequências médicas/clínicas (e.g., ser contaminada com o VIH, morte, dor) e sociais (e.g., efeitos nas relações sociais, na vida familiar) de contrair uma doença ou de a deixar sem tratamento. A combinação da susceptibilidade com a severidade é reconhecida como “ameaça percebida”. De acordo com Rosenstock e colaboradores (1994), a vulnerabilidade percebida produz a força para agir, mas o curso de acção depende da avaliação dos custos e benefícios das opções de comportamento de saúde. Os benefícios (de ter relações sexuais protegidas) envolvem crenças sobre a eficácia das opções disponíveis para reduzir a ameaça da doença, ou seja, a menos que uma opção comportamental seja vista como eficaz, é pouco provável que seja realizada. Assim, um indivíduo que possua um bom nível de susceptibilidade e de severidade apenas aceitará a recomendação de acção para a saúde se a perceber como potencialmente eficaz. Os custos (barreiras ou possíveis consequências negativas de usar preservativo) envolvem qualquer potencial aspecto negativo de uma acção de saúde (e.g., dor, despesa, perigo, estigma, efeitos secundários, inconveniência) e podem impedir o comportamento preventivo. Mesmo que os indivíduos se sintam vulneráveis face a uma doença, eles não irão modificar o seu comportamento (e.g., adoptar medidas preventivas), excepto se a análise custo-benefício for favorável à mudança. De facto, as avaliações sobre a ameaça de uma doença, sobre quão eficaz será a resposta comportamental adequada e sobre quantas barreiras existem na adopção da resposta são, de acordo com Terry, Gallois e McCamish (1994), os determinantes proximais do comportamento. Adicionalmente, o MCS, dentro das opções disponíveis de mudança comportamental, defende que os indivíduos geralmente escolhem a opção cuja percepção de proporção custo/benefício é mais favorável.

Considerando estes factores iniciais do MCS, a acção preventiva (e.g., usar preservativo de modo consistente nas relações sexuais) ocorrerá mediante determinadas condições de elevada susceptibilidade de contrair o VIH, elevada percepção de severidade de ser contaminada com o VIH, elevada percepção de benefícios na utilização do preservativo e baixa percepção de custos na utilização do preservativo (Gerrard, Gibbons, & Bushman, 1996).

A partir da versão inicial surgiram versões adicionais do MCS que incluíam a noção de pistas para a acção (e.g., como os programas de educação face à SIDA ou conhecer alguém com SIDA). Estas pistas/estímulos podem ser internos (e.g., experimentar sintomas) ou externos (e.g., conhecer alguém próximo que tem a doença, ser exposto aos meios de comunicação social). Contudo, os efeitos deste construto não têm sido estudados de forma sistemática (Rosenstock et al., 1994). Enquanto que os níveis de susceptibilidade, severidade, custos e benefícios dos indivíduos são vistos como determinantes principais do comportamento de saúde, o MCS também assume que uma vasta gama de variáveis demográficas, sociológicas (e.g., escolaridade), psicológicas e estruturais, podem afectar as percepções do indivíduo (e.g., susceptibilidade, severidade, benefícios, barreiras) e, deste modo, afectar o comportamento preventivo de forma indirecta.

Outra noção adicionada ao MCS por Rosenstock, Stretcher e Becker (1988) foi a de auto-eficácia, de modo a aumentar o seu poder explicativo. Os autores propõem a auto-eficácia como uma variável independente que adicionam às variáveis tradicionais do MCS (susceptibilidade, severidade, benefícios e barreiras), considerando esta abordagem mais poderosa para compreender e influenciar o comportamento relacionado com a saúde. Este conceito distingue-se do de expectativas de resultado (estimativa da pessoa de que determinado comportamento irá conduzir a certos resultados) e é semelhante ao conceito de benefícios percebidos do MCS (Rosenstock et al., 1994). A não utilização inicial da auto-eficácia por Rosenstock e colaboradores é explicada pelos autores com o facto do modelo, na sua versão original, se focar em comportamentos preventivos simples (e.g., como o levar uma vacina, fazer um exame médico de rotina) e não em comportamentos complexos (e.g., negociar o uso do preservativo) que requerem mudanças a longo prazo, como é o caso das práticas sexuais. Tem sido sugerido por Montgomery, Joseph, Becker e colaboradores (1989) que o modelo, embora aplicado a uma variedade de condições de saúde, poderá ter maior utilidade na abordagem a problemas mais comuns do que naqueles que são mais ameaçadores e que requerem respostas complexas, que é o caso da prevenção do VIH. De facto, os autores examinaram a utilidade do MCS na compreensão dos comportamentos preventivos face ao VIH e não observaram efeitos benéficos na maioria dos componentes do modelo (com a excepção da severidade), sugerindo que características especiais da SIDA podem requerer o desenvolvimento de quadros teóricos mais adequados (e.g., Teoria Sócio-

Cognitiva e a Teoria da Acção Racional). As dimensões do MCS estão representadas na Figura 2 que se segue.

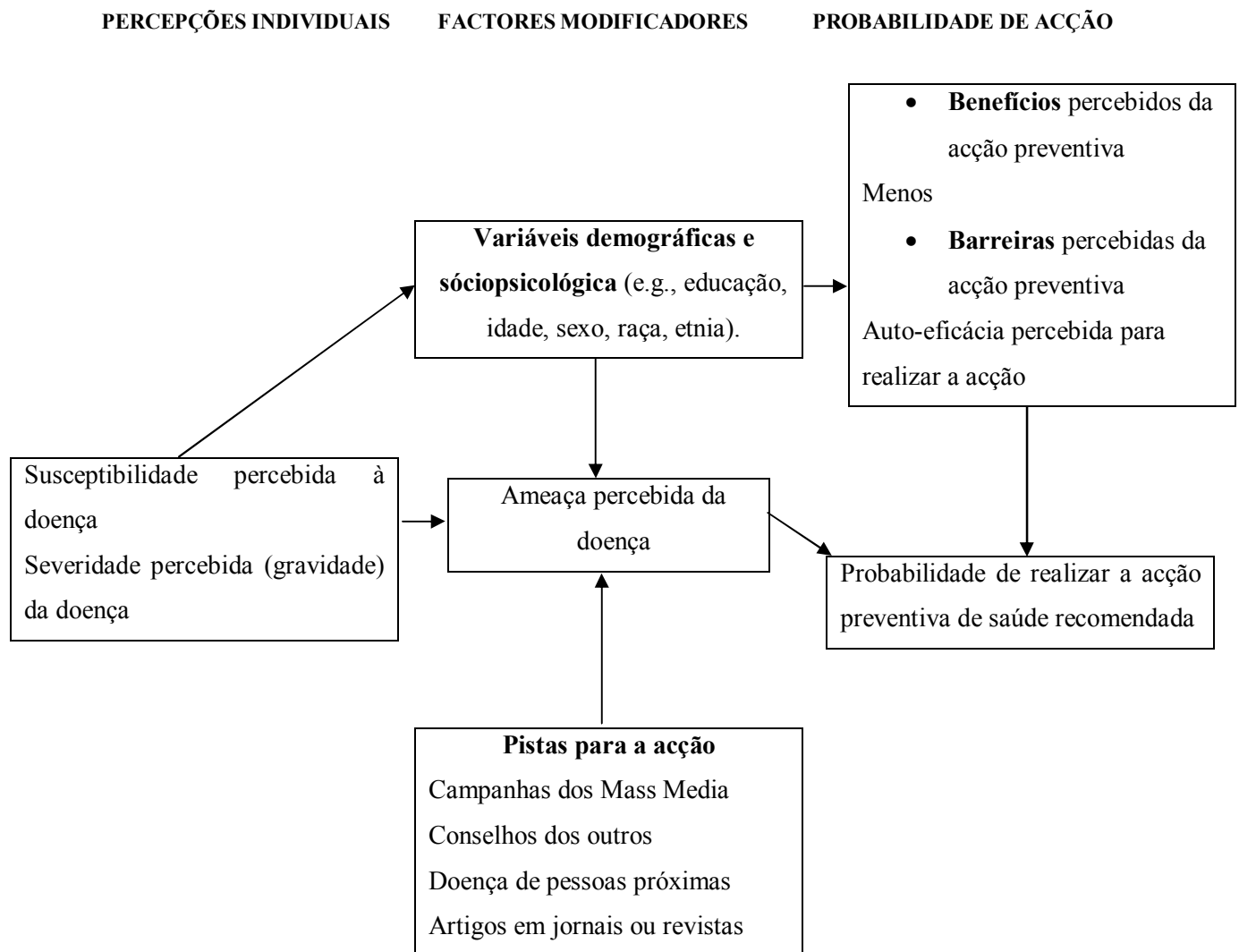


Figura 2. Elementos básicos do Modelo de Crenças de Saúde (adaptado para o Português de Janz & Becker, 1984; p. 4).

Em suma, para que a mudança comportamental ocorra, as pessoas devem-se sentir ameaçadas pelos seus padrões de comportamento actuais (susceptibilidade e severidade), e acreditarem que a mudança para o comportamento de saúde será benéfica num resultado válido com um custo aceitável, mas também devem sentir-se competentes (auto-eficácia) ao realizar a mudança (Rosenstock et al., 1994).

Suporte Empírico do MCS

O MCS possui suporte empírico na explicação do comportamento face à prevenção e em resposta a sintomas ou doença diagnosticada (Rosenstock, et al., 1994).

Vários estudos do MCS na área da prevenção do VIH têm-se focado na avaliação dos construtos do modelo, nomeadamente, na percepção de susceptibilidade face ao VIH em populações específicas. Por exemplo, Catania, Coates, Kegeles e colaboradores (1992), no estudo sobre o uso do preservativo numa população multi-étnica, avaliaram a percepção de susceptibilidade face ao VIH: os participantes indicaram a probabilidade de contrair o VIH, sendo que os resultados mais elevados eram indicadores de percepção de susceptibilidade elevada. Não obstante o foco nos componentes, grande parte da investigação tem usado o MCS na tentativa de prever o comportamento sexual de risco e, neste âmbito, os estudos referem-se à relação entre os construtos do MCS e a prevenção do VIH, sendo que o modelo assume, sem especificar, inter-relações entre os vários construtos como entre os dois factores que constituem a percepção de ameaça: a susceptibilidade e a severidade (Rosenstock et al., 1994). Neste domínio, existe algum suporte para a associação entre os construtos do MCS e o comportamento preventivo face ao VIH, esperando-se uma correlação positiva entre a percepção de susceptibilidade e o comportamento preventivo face ao VIH. No entanto, os resultados dos estudos são inconsistentes pois a correlação positiva entre a susceptibilidade percebida e a prevenção do VIH (e.g., uso do preservativo) não tem sido confirmada em alguns estudos (e.g., Catania, Coates, Kegeles, et al., 1992). Por exemplo, Gerrard, Gibbons e Bushman (1996), na revisão de 26 estudos da relação entre vulnerabilidade percebida ao VIH e o comportamento preventivo, verificaram que as estimativas de vulnerabilidade face à infecção pelo VIH estão associadas ao risco e aos comportamentos sexuais preventivos, mas não no sentido esperado. Assim, constataram que as pessoas que se envolvem em mais comportamentos de risco tendem a ter estimativas mais elevadas da sua probabilidade de contraírem o VIH do que as pessoas que se envolvem em poucos comportamentos de risco. Contudo, verificaram que isto é mais verídico para alguns grupos (e.g., participantes mais velhos, mulheres e estudantes universitários) do que para outros (e.g., participantes mais jovens, homossexuais e clientes de clínicas de saúde). Uma das razões para estes resultados inconsistentes é a de que enquanto as percepções de susceptibilidade face ao VIH podem potenciar o comportamento preventivo, estas percepções podem também ser o resultado do comportamento de risco (Brunswick & Banaszack-Holl, 1996; Gerrard et al., 1996). De

facto, no âmbito da investigação da relação entre o comportamento de risco face ao VIH e o MCS, Brunswick e Banaszack-Holl (1996) verificaram que a vulnerabilidade percebida era um preditor significativo nas mulheres afro-americanas, sugerindo uma sequência causal inversa àquela que o MCS assume (o comportamento de risco prediz as percepções). Por exemplo, no estudo de Yep (1993), a percepção de susceptibilidade não estava positivamente associada com a adopção de comportamentos preventivos face ao VIH, podendo este resultado ser explicado pela baixa personalização da ameaça do VIH e pelo “viés optimista” (tendência para subestimar o próprio risco comparado com o risco encontrado pelos outros). Os resultados da relação entre susceptibilidade percebida ao VIH e comportamento preventivo face ao VIH parecem conflituosos, sendo necessária mais investigação para clarificar esta relação.

Na investigação sobre a prevenção do VIH, a severidade percebida tem sido raramente operacionalizada de modo consistente com a definição do conceito proveniente do MCS, em parte porque as percepções de severidade do VIH são geralmente muito elevadas (as pessoas relatam que a SIDA é uma doença extremamente severa). Por este facto, muitos investigadores utilizaram operacionalizações inapropriadas do construto e verifica-se que a maioria das medidas na investigação não se focam directamente nos elementos da severidade da SIDA (e.g., avaliações pessoais das possíveis consequências biomédicas, financeiras, e sociais de contrair o VIH e de ser seropositivo) (Rosenstock et al., 1994). Quando a severidade percebida é medida de modo apropriado, o apoio para a predição do MCS de que a maior severidade percebida estará associada com o aumento na prevenção face ao VIH tem sido inconsistente. O estudo de Yep (1993) examinou a utilidade do MCS em relação à prevenção do VIH nos estudantes universitários americanos asiáticos e os resultados apoiam a relação proposta pela teoria. Mais concretamente, os resultados indicam que a severidade e as barreiras são preditores significativos da adopção de comportamentos preventivos face ao VIH, sendo que a severidade era um preditor significativo de ser mais cuidadoso na selecção dos parceiros íntimos, na redução do número de parceiros sexuais e mudanças gerais positivas face ao comportamento sexual seguro. Por outro lado, Brunswick e Banaszack-Holl (1996), no seu estudo sobre o teste do MCS numa amostra afro-americana verificaram que a severidade não mostrou relação com as práticas de prevenção do VIH. Também Janz e Becker (1984) verificaram que no âmbito dos comportamentos de saúde preventivos a dimensão da severidade era a que obtinha resultados menos significativos, sugerindo que a severidade pode ser um conceito de

baixa relevância para os comportamentos preventivos, mas saliente nos indivíduos com doença diagnosticada.

Os benefícios percebidos dos comportamentos preventivos face ao VIH também têm sido relacionados de modo positivo com a prevenção em alguns estudos (e.g., possíveis benefícios, eficácia da resposta, percepção de que adoptar ou manter comportamentos preventivos face ao VIH irá reduzir o risco; e.g., Fisher & Misovich, 1990). Os benefícios dos comportamentos preventivos face ao VIH têm sido examinados, como os sentimentos pessoais positivos resultantes do uso do preservativo e a consideração positiva do parceiro sexual pelo uso do preservativo, verificando-se que a percepção de que os preservativos aumentam o prazer sexual distinguem os que usam sempre o preservativo daqueles que não o fazem (Rosenstock et al., 1994).

De modo consistente com o MCS, os custos percebidos da prevenção do VIH (barreiras) têm sido associados de modo negativo com o comportamento preventivo para o VIH. Yep (1993) verificou que as barreiras para a acção preventiva estavam negativamente associadas com os comportamentos preventivos face ao VIH, nomeadamente com o ser mais cuidadoso na selecção dos parceiros sexuais e ter a certeza que o parceiro sexual não estava infectado com o VIH. Por exemplo, Hingson, Strunin, Berlin e Heerenn (1990), numa pesquisa telefónica a adolescentes, verificaram que aqueles que acreditavam que os preservativos não reduzem o prazer sexual e não se sentiam embaraçados ao pedirem para os usar, tinham 3.1 e 2.4 vezes maior probabilidade, respectivamente, de usar preservativos. Assim, as barreiras face ao uso do preservativo (crenças de que os preservativos reduzem o prazer, são embaraçosos) foram altamente preditivas da não utilização do preservativo. No mesmo sentido que o estudo anterior, Wilson e Lavelle (1990) verificaram que os adolescentes possuíam um conjunto de barreiras face ao uso do preservativo (e.g., embaraço de falar sobre o uso de preservativos com os parceiros), sendo que o embaraço na aquisição de preservativos, a crença de que as pessoas que usam preservativos são promíscuas e de que o prazer do sexo desprotegido valia a pena, eram preditores da intenção do uso do preservativo. Uma das mais importantes barreiras nos comportamentos preventivos face ao VIH pode ser a baixa auto-eficácia (Rosenstock et al., 1994). No geral, os custos percebidos parecem ser um forte preditor do comportamento preventivo face ao VIH. De acordo com Janz e Becker (1984), esta relação inversa entre os custos percebidos e a prevenção também tem sido verificada com outros comportamentos de saúde (e.g., vacinação, comportamentos de rastreio). Adicionalmente, na revisão dos autores sobre os estudos

publicados entre 1974 e 1984 com base no MCS, verificaram que as barreiras constituíam a dimensão mais poderosa do MCS numa variedade de estudos e comportamentos, considerando a seguinte percentagem de significância: barreiras (89%), susceptibilidade (81%), benefícios (78%) e severidade (65%).

Existe pouca investigação no MCS em relação ao efeito das pistas para a acção/estímulos do meio no comportamento de prevenção face ao VIH, sendo o construto menos estudado do modelo. Não obstante, alguns estudos (Fisher & Fisher, 1992; Wilson & Lavelle, 1990) apoiam a suposição de uma ligação entre a exposição a um estímulo do meio (e.g., outro indivíduo que tem o VIH) e a prevenção face ao VIH. Por exemplo, Wilson e Lavelle (1990) descobriram que ver um filme de uma pessoa infectada com a SIDA estava relacionado com a intenção de usar preservativo. Os autores também verificaram que a crença na eficácia das medidas preventivas (preservativo) era o principal determinante da intenção de usar preservativo. No mesmo sentido, Fisher e Fisher (1992) verificaram que o visionamento de um vídeo (*People Like Us*) com pessoas que tiveram comportamentos sexuais de risco e que estavam infectadas com o VIH via heterossexual, possuía um impacto rápido e significativo no comportamento: os sujeitos relataram que o visionamento do vídeo impulsionou-os a falarem com os seus parceiros sobre o sexo seguro, a comprar e usar preservativos, e a procurar teste conjunto para o VIH. Paralelamente, Brunswick e Banaszak-Holl (1996) verificaram que à excepção da percepção de eficácia dos comportamentos preventivos nas mulheres, todas as variáveis do MCS estavam negativamente correlacionadas com o evitamento do risco. Assim, a eficácia do comportamento preventivo deve ser uma mensagem central na prevenção da SIDA.

Vemos pelos estudos acima que, no geral, o apoio para as predições do MCS em relação ao comportamento preventivo face ao VIH tem sido inconsistente. Fora do domínio da prevenção do VIH (e.g., risco cardiovascular e adesão a pedidos de imunização da saúde pública), tem existido apoio para os construtos do MCS como preditores do comportamento. Por exemplo, Janz e Becker (1984) encontraram suporte empírico para o MCS nos 46 estudos revistos entre 1974 e 1984. Do mesmo modo, o estudo de Yep (1993) apoia em parte a utilidade preditiva em relação às acções preventivas de saúde face ao VIH no âmbito das suposições relativas à severidade e às barreiras.

Até à data, a maior parte da investigação do MCS sobre a prevenção do VIH tem implicado o uso dos construtos individuais do MCS para predizer níveis de

comportamento seguro. Este modelo tem sido raramente usado para o desenho de intervenções de mudança de comportamentos de risco face ao VIH, embora outros investigadores (e.g., Rosenstock et al., 1994) tenham sugerido que a investigação do MCS poderia focar-se mais nesta área. Defende-se que a recolha de informação inicial (pré-intervenção) sobre as crenças de saúde em relação à susceptibilidade percebida, custos, benefícios, e a criação de intervenções alvo para modificar as percepções anti-prevenções, podem ter resultados positivos na mudança do comportamento. A título de exemplo, Fisher e Fisher (2000) consideram que a investigação mostrou elevados níveis de vulnerabilidade face ao VIH mas uma elevada percepção dos custos da prevenção em relação aos benefícios. Assim, uma intervenção pode e deve focar-se no aumento dos benefícios percebidos da prevenção e na diminuição dos custos percebidos. Adicionalmente, os teóricos do MCS acreditam que as intervenções baseadas no modelo também deveriam incluir uma forte componente de auto-eficácia. Até à data, a parca utilização do MCS para intervir na mudança de comportamento de risco face ao VIH é justificada pela revisão da literatura por um conjunto de limitações que se passa a citar. Alguns estudos que tem por base o MCS não incorporam todos os construtos do MCS, considerando, por exemplo, apenas o conhecimento e as crenças de susceptibilidade e severidade, e não avaliam as mudanças comportamentais (Rose, 1996). De acordo com os resultados obtidos na meta-análise de Harrison, Mullen e Green (1992) sobre os 16 estudos relativos ao MCS na população adulta, verifica-se que é prematuro tecer conclusões sobre a validade preditiva do MCS tal como operacionalizado (susceptibilidade, severidade, benefícios e custos), dado que os efeitos e homogeneidade dos estudos foram baixos. Por esta razão, os autores concluem que o MCS não possui suporte empírico na área da intervenção comportamental, sendo necessário mais estudos científicos. Não obstante as limitações referidas na literatura, o estudo de Hingson e colaboradores (1990) sugere que o MCS proporciona um conjunto útil de crenças sobre a SIDA para explorar nos adolescentes e ter como alvo para aumentar o uso do preservativo. Assim, os educadores devem tentar modificar as crenças através da educação sobre a susceptibilidade pessoal ao vírus, aumentar a eficácia percebida dos preservativos ensinando qual o tipo de preservativo que oferece maior protecção, abordando também os aspectos relacionados com o embaraço.

Conclusões e Análise Crítica

Embora o MCS tenha sido útil na predição da adopção do comportamento de saúde (e.g., Hingson et al., 1990), o modelo tem sido criticado por Harrison e colaboradores (1992) pelo facto de não poder ser validado como modelo, dado que “os estudos têm de desenvolver medidas e termos de interacções que mostrem como as quatro dimensões interagem” (p.114). De facto, a análise de como os construtos do MCS operam uns em relação aos outros nunca foi adequadamente abordada (Rosenstock et al., 1994).

Enquanto que o MCS, no âmbito dos seus construtos, é útil na predição do comportamento em alguns domínios da saúde, acaba por não ser tão eficaz noutros campos de investigação (Montgomery, Joseph, Becker, et al., 1989; Janz & Becker, 1984). No domínio da prevenção face ao VIH, as relações entre a maioria dos construtos do MCS (susceptibilidade, severidade, benefícios) e a prevenção têm sido inconsistentes, enquanto que as relações entre os construtos de barreiras e auto-eficácia, e a prevenção do VIH têm sido mais consistentes, tal como referido na revisão do suporte empírico.

Harrison, Mullen e Green (1992; p. 113) consideram outras limitações no MCS como o facto de quando as variáveis do MCS se relacionam com resultados de saúde a percentagem de variância explicada ser geralmente baixa (10%), a necessidade de testes de consistência interna e de validade das medidas, indicando fraca consistência metodológica. Adicionalmente, o MCS não especifica que construtos seriam mais importantes num determinado contexto de prevenção do VIH (e.g., para um comportamento de elevado risco), acabando por ser um modelo que sugere condições que impulsionam a procura de cuidados de saúde (e.g., inscrever-se para frequentar uma intervenção de mudança de comportamento face ao VIH) e não de modificação de comportamentos complexos (e.g., aprender a modificar o comportamento sexual de risco) (Fisher & Fisher, 2000). De facto, os investigadores questionam a utilidade do modelo em situações que confrontam o indivíduo com ameaças severas face à vida.

Para além dos problemas metodológicos da aplicação do modelo, a teoria possui limitações no contexto da investigação do comportamento sexual e SIDA. Vários autores comentaram o problema da aplicação dos modelos baseados nas teorias de tomada de decisão e de expectativas de valor ou no controlo racional volitivo para o comportamento sexual (Lewis & Kashima, 1994). O comportamento sexual seguro, tal como previamente mencionado, não pode ser reduzido ao mesmo estatuto que outros

comportamentos de saúde porque implica efectuar mudanças que possuem impacto num aspecto importante das relações das pessoas com os outros (Terry et al., 1994). Ainda no âmbito da intervenção, o MCS especifica as dimensões de atitudes e crenças, mas não indica nenhuma estratégia de intervenção particular para alterar estes elementos (Janz & Becker, 1984).

Numa revisão da literatura relativa às críticas face ao MCS, verifica-se que a relação empírica entre as crenças e o comportamento é, de modo geral, inconsistente (Fisher & Fisher (2000). Adicionam o facto de não estar provado que as crenças, por si só, sejam suficientes para promover a acção. De facto, o aspecto mais frágil do MCS é o de que este modelo não especifica o mecanismo através do qual as crenças são transformadas ou traduzidas em acção. Este mecanismo é proposto pela Teoria da Acção Racional (Ajzen & Fishbein, 1980). Outra crítica prende-se com a modificação das crenças, dado que são necessários mais construtos do que aqueles que o modelo apresenta para modificar o comportamento. No que concerne à adição posterior da auto-eficácia, tratou-se de uma tentativa de aumentar o poder explicativo do modelo. Adicionalmente, existem variáveis fundamentais na prevenção do VIH e que não estão presentes no MCS, como, por exemplo, o conhecimento da transmissão e prevenção do VIH, tal como a posse de competências comportamentais adequadas preconizada pelo Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais (Fisher & Fisher, 1992).

Em suma, consideradas as críticas acima mencionadas, o MCS foi útil na sua aplicação inicial que explorava os preditores de comportamentos de risco para o VIH e a sua prevenção, mas a investigação actual realizada com o modelo é limitada. Não obstante, apesar destas críticas, o modelo foi utilizado como ponto de referência para outros modelos de comportamentos de saúde desenvolvidos tendo por base os construtos do MCS (e.g., Teoria da Acção Racional, Teoria do Comportamento Planeado). Estas teorias adicionaram novas variáveis ao MCS, como é exemplo a intenção de envolvimento em comportamentos específicos ou as normas sociais (Ajzen & Fishbein, 1980).

2.1.4 A Teoria da Acção Racional (TAR)

A Teoria da Acção Racional (TAR; Ajzen & Fishbein, 1980), introduzida em 1967, tem sido desenvolvida e testada ao longo dos anos, tendo por base a premissa de que os seres humanos são habitualmente racionais e fazem uso sistemático da informação disponível. Mais concretamente, defendem que as pessoas consideram as implicações das suas acções antes de decidirem envolver-se ou não num determinado comportamento, contrariando o comportamento automático, daí a designação de “Teoria da Acção Racional”. Morrison, Baker e Gillmore (2000; p. 27) definem a TAR como “um modelo cognitivo que descreve o processo de combinar informação de modo a orientar uma decisão sobre o comportamento”. Ao nível das características, este modelo é importante para compreender e promover a mudança de comportamento, nomeadamente a mudança para uma redução do comportamento de risco face ao VIH, tendo sido aplicado de modo consistente nesta área (Fishbein, Middlestadt, & Hitchcock, 1994; Terry, Gallois, & McCamish, 1993).

No âmbito das suposições fundamentais do modelo, a TAR tem como objectivo prever e compreender o comportamento dos indivíduos, assumindo que a maioria das acções de relevância social estão sob o controlo volitivo do sujeito, sendo, por isso, um modelo dos determinantes psicológicos do comportamento social volitivo (Fishbein & Ajzen, 1980). Assim, os autores da teoria consideram a intenção da pessoa para realizar (ou não realizar) determinado comportamento como um determinante imediato da acção (a intenção prediz o comportamento). Embora as intenções permitam prever o comportamento, para compreender o comportamento é necessário identificar os determinantes das intenções (Fishbein & Ajzen, 1980).

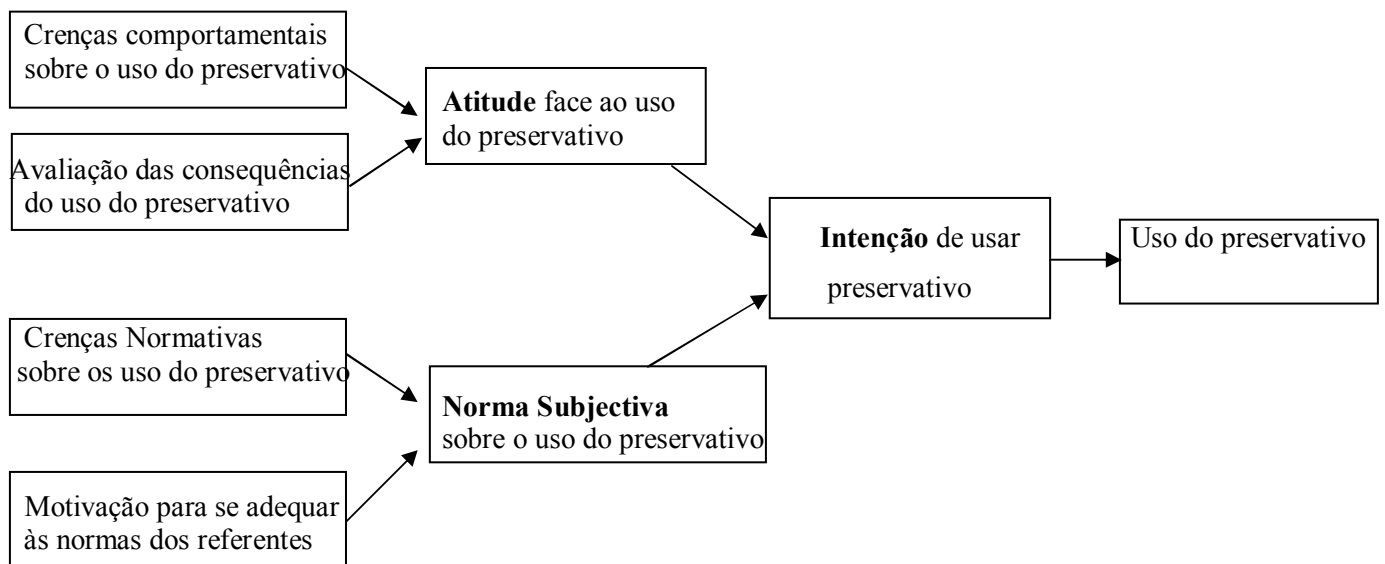
A TAR assume que os indivíduos que se encontram a tomar decisões sobre um comportamento possuem certas expectativas e crenças sobre as consequências do comportamento e sobre as normas sociais relativas a esse mesmo comportamento, e baseiam as suas decisões nessas expectativas e crenças. De facto, a teoria afirma que o melhor preditor de um comportamento, como o uso do preservativo, é a intenção do actor para realizar o comportamento de usar preservativos (Morrison et al., 2000). As intenções são vistas como os determinantes imediatos do comportamento, pelo que a teoria está centrada na identificação dos factores subjacentes à formação e mudança das intenções (Fishbein et al., 1994). Assim, a intenção de realizar um acto preventivo face ao VIH é uma função de dois determinantes básicos, um de natureza pessoal e outro que reflecte a influência social (Fishbein & Ajzen, 1980; Fishbein et al., 1994). O primeiro,

de natureza pessoal, é a atitude do indivíduo em relação à realização do acto preventivo (uso do preservativo) e consiste na avaliação positiva ou negativa do indivíduo de realizar o comportamento. O segundo determinante é a percepção da pessoa em relação às pressões sociais para realizar ou não o comportamento, designado por norma subjectiva para a realização do acto preventivo (normas sociais dos comportamentos protectores). Assim, os indivíduos terão a intenção de realizar determinado comportamento quando o avaliarem de forma positiva e acreditarem que os outros significativos pensam que o devem fazer. Caso haja uma discrepância entre atitude e norma subjectiva, terá de se medir e verificar o peso de cada uma para prever e compreender a intenção. Por conseguinte, a TAR é constituída na sua base pelos seguintes construtos: comportamento, intenção comportamental, atitude relativamente a um acto preventivo e norma subjectiva em relação ao acto preventivo.

De acordo com Ajzen e Fishbein (1980), para uma compreensão mais completa das intenções, é necessário explicar porque é que as pessoas possuem certas atitudes e normas subjectivas (ver Figura 3). De acordo com a teoria, as atitudes em relação a um acto preventivo face ao VIH são uma função das crenças sobre as consequências de realizar o acto (crenças comportamentais) e a avaliação dessas consequências (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein et al., 1994). A atitude é uma dimensão avaliativa, que reflecte um sentimento geral de agrado ou desagrado face ao comportamento e baseia-se nas crenças comportamentais e na avaliação das consequências do comportamento. Exemplo de uma crença comportamental sobre as consequências do uso do preservativo seria a de que este previne a gravidez e perante esta crença o actor pode avaliar a prevenção de modo positivo ou negativo (avaliação das consequências) (Morrison et al., 2000). Em relação às normas subjectivas/sociais relativamente aos actos preventivos face ao VIH, estas são vistas também como uma função das crenças do que os outros indivíduos ou grupos (e.g., família, amigos íntimos) pensam sobre realizar ou não o comportamento (concordam ou discordam da adopção do comportamento: “O que é que o meu amigo pensa sobre a importância de utilizar o preservativo?”), designadas por crenças normativas (Ajzen & Fishbein, 1980). Adicionalmente, as normas subjectivas são uma função da motivação do indivíduo para actuar de acordo com os desejos dos outros significativos (“Quero agir de acordo com o que os meus pais pensam.”) (Fishbein et al., 1994). Assim, a norma subjectiva reflecte a percepção do actor face ao que os outros querem que ele faça, e baseia-se num conjunto de crenças sobre as normas dos outros significativos e na motivação para se adequarem a essas mesmas normas.

Deste modo, a norma subjectiva pode exercer pressão para a realização ou não de determinado comportamento, independentemente da atitude da pessoa face ao comportamento em questão (Ajzen & Fishbein, 1980; p. 7). Continuando no exemplo do uso do preservativo, um referencial normativo poderia ser o técnico de saúde, e a crença normativa seria composta pelos julgamentos dos actores sobre se o técnico apoia ou se se opõe ao uso de preservativo do actor, e quão motivado o actor se encontra para se adequar ao técnico de saúde (Morrison et al., 2000).

Figura 3. Elementos básicos da Teoria da Acção Racional, aplicada ao uso do preservativo (adaptado para o Português de Bosompra, 2001; p. 1059).



A TAR aplicada ao uso do preservativo (Figura 3; Bosompra, 2001) sugere que a formação da intenção comportamental (e.g., “Tenho a intenção de usar preservativo da próxima vez que tiver relações sexuais”) é o antecedente imediato da acção e medeia a influência de outras variáveis. Considerando o exemplo de Bosompra (2001) sobre o uso do preservativo, a TAR prediz que um estudante que valoriza a aprovação dos seus pares, acredita que eles usam preservativos, acredita que o uso do preservativo pode ser agradável e pode protegê-lo (algo que valoriza), teria maior probabilidade de ter a intenção de usar preservativos e usá-los de facto.

Resumindo, a intenção do indivíduo de consistentemente usar preservativos durante o sexo é considerada como uma função das suas atitudes face ao acto de redução do risco e as suas percepções de apoio normativo para este comportamento

(Fisher & Fisher, 1993). Assim, modificar o comportamento é uma questão de modificar a estrutura cognitiva (crenças subjacentes; Fishbein et al., 1994). De facto, as relações hipotetizadas pela TAR indicam que as normas sociais e as atitudes são variáveis fundamentais na determinação das intenções e, por consequência, no comportamento de prevenção face ao VIH.

A TAR também possui um conjunto de outras suposições que se referem ao funcionamento do modelo. Em primeiro lugar, a teoria considera importante identificar crenças específicas sobre as consequências do comportamento e pessoas significativas para o comportamento, e que são importantes para populações alvo específicas e comportamentos preventivos (Ajzen & Fishbein, 1980; Fisher & Fisher, 1993; Fishbein et al., 1994). Os autores preconizam a utilização da *elicitation research* para identificar de modo empírico as crenças e referentes que são salientes em determinadas circunstâncias (e.g., crenças das mulheres sobre as consequências de usarem sempre preservativo e as categorias de outros significativos que possuem influência nesta decisão) (Fisher & Fisher, 1993). Uma segunda suposição da TAR assume que determinadas características da personalidade, variáveis demográficas e outros factores (e.g., estatuto, papel social) constituem variáveis externas ao modelo, e podem apenas influenciar o comportamento indirectamente, pela sua influência na intenção comportamental, na atitude relativamente a um acto preventivo e na norma subjectiva ou nos seus determinantes (Ajzen & Fishbein, 1980). Basen-Enquist (1992) verificou uma relação directa das variáveis externas ao modelo e o comportamento de uso do preservativo: as variáveis como a intenção comportamental, susceptibilidade percebida, barreiras, auto-eficácia, monitorização, e suporte social, prediziam 35% da variância no uso do preservativo e 13% da variância na discussão da SIDA e história sexual passada com os parceiros sexuais. Neste último estudo, verificou-se também que a intenção era o preditor mais forte de ambos os tipos de comportamento preventivo.

Uma terceira suposição da TAR refere que em relação ao comportamento de prevenção face ao VIH, o comportamento preventivo tem maior probabilidade de ocorrer nos indivíduos que já formaram intenções de praticar tal comportamento. Por sua vez, as intenções para praticar o comportamento de prevenção face ao VIH serão formadas por indivíduos que possuem atitudes positivas em relação ao desempenho pessoal de actos preventivos e/ou percepções de apoio social para a realização destes actos (Ajzen & Fishbein, 1980).

As três suposições acima descritas são aplicadas por Fisher, Fisher e Rye (1995) para compreender o comportamento preventivo face ao VIH. A TAR identifica aspectos psicológicos que subjazem às atitudes e às normas do comportamento. Assim, a comparação das crenças e das avaliações face ao comportamento preventivo, das normas dos outros significativos e da motivação para aderir ao comportamento, que caracterizam aqueles que realizam actos de prevenção face ao VIH e aqueles que não o fazem, deve informar sobre os factores psicológicos que determinam comportamentos preventivos específicos. Um exemplo de factores psicológicos específicos na comunidade homossexual é o seguinte: “Os homossexuais que usam preservativo na relação anal acreditam que esta prática irá reduzir o seu risco e medo face ao VIH, avaliam estas consequências de modo positivo e percebem os outros significativos como apoiando este comportamento” (Fisher, Fisher, & Rye, 1995; p. 261).

No âmbito da aplicação prática do modelo, as intervenções realizadas com base na TAR são precedidas por uma fase de investigação que é usada para compreender e mudar o comportamento de prevenção face ao VIH de acordo com determinados parâmetros (Ajzen & Fishbein, 1980). Fisher e Fisher (2000; p. 31) consideram os seguintes parâmetros:

1. Em primeiro lugar, a *elicitation research* é realizada para identificar crenças e outros significativos para comportamentos preventivos específicos numa determinada população. Por exemplo, uma sub-amostra de uma população alvo num liceu responderia a questões abertas sobre as vantagens e desvantagens da abstinência de relações e do uso consistente de preservativo, e também em relação às categorias de outros significativos que podem concordar ou discordar destes comportamentos preventivos.

2. A informação obtida permitiria a análise dos dados e consequentes resultados, nomeadamente: indicaria se os comportamentos de prevenção face ao VIH em estudo nesta população são determinados pelas intenções comportamentais; indicaria se as intenções de realizar estes comportamentos preventivos estão sob influências atitudinais ou normativas ou de ambos os factores; permitiria identificar crenças comportamentais, da avaliação das consequências, crenças normativas e motivação que diferenciam aqueles que realizam estes comportamentos preventivos face ao VIH daqueles que não o fazem.

Estas conclusões permitem criar uma população alvo empiricamente e uma intervenção comportamental específica preventiva desenhada para reforçar as atitudes, as normas e as intenções que favorecem a prevenção.

No âmbito da promoção do comportamento preventivo, a TAR defende que é necessário reforçar as intenções de prevenção com o objectivo de aumentar o comportamento preventivo. Como se reforçam as intenções? Para tal é necessário melhorar as atitudes do indivíduo em relação aos actos preventivos e/ou as normas subjectivas relativas a estes actos. A mudança eficaz das intenções, atitudes, e normas envolveria esforços para modificar as componentes específicas que estão na base das atitudes e normas relativas a um acto preventivo em particular e que diferenciam aqueles que realizam o acto daqueles que não o fazem. Na continuação do exemplo anterior do estudo de Fisher, Fisher e Rye (1995), para modificar o uso do preservativo pelos homossexuais nas relações anais, seria necessário modificar as intenções para se envolverem neste comportamento preventivo (uso do preservativo nas relações anais). Consequentemente, para que haja mudança é essencial mudar as intenções e para que estas se modifiquem as intervenções devem focar-se no reforço das crenças de que os preservativos reduzem o risco face ao VIH, reforçar as avaliações positivas destas consequências, e reforçar as percepções de suporte social dos outros significativos (Fisher, Fisher, & Rye, 1995).

Fishbein e colaboradores (1994; p. 70) consideram que para desenhar intervenções comportamentais bem sucedidas é necessário seleccionar e especificar um comportamento apropriado para a mudança, e identificar empiricamente as crenças subjacentes (determinantes cognitivos como as intenções) do comportamento alvo. Também é necessário determinar se a intenção se encontra sob o controlo das atitudes ou sob controlo das normas, ou se é influenciada por ambas. Posteriormente, deve-se identificar os resultados (e.g., custos e benefícios de realizar o comportamento e pessoas significativas).

Suporte Empírico da TAR

A investigação tem confirmado de modo consistente as suposições hipotetizadas pela teoria sobre as relações entre comportamento, intenção, atitudes, normas e seus elementos de suporte. No âmbito da aplicação da teoria à prevenção do VIH, esta tem sido bastante usada e tem tido sucesso na predição e compreensão do comportamento preventivo face ao VIH. Por exemplo, a meta-análise de Albarracin, Johnson, Fishbein e

Muellerleile (2001) sobre a investigação da TAR no âmbito da prevenção do VIH, enquanto modelo do uso do preservativo, apresenta resultados consistentes com as predições da TAR: o uso do preservativo estava relacionado com as intenções, as intenções eram baseadas nas atitudes e nas normas subjectivas, as atitudes estavam associadas com as crenças comportamentais e as normas estavam associadas com as crenças normativas. Contudo, a TAR tem sido menos aplicada mas com algum sucesso na mudança do comportamento preventivo face ao VIH (Fishbein et al, 1994; Terry et al., 1993).

Em relação à predição do comportamento preventivo face ao VIH, a revisão da literatura documenta que a TAR tem sido aplicada em vários estudos que predisseram o uso do preservativo como uma função das intenções comportamentais. Morrison, Gillmore e Baker (1995), ao testarem a TAR aplicada ao uso do preservativo nos clientes adultos de uma clínica de DSTs, verificaram que a TAR funcionou bem ao predizer as intenções de uso do preservativo e o comportamento. Também Bosompra (2001), ao examinar a aplicabilidade da TAR ao estudo das intenções de uso do preservativo nos estudantes universitários do Ghana, verificou que os resultados apoiavam o modelo, explicando 33% da variância nas intenções de uso do preservativo. Também verificaram que as normas subjectivas e as desvantagens percebidas do uso do preservativo eram determinantes significativos da intenção. O estudo de Fisher, Fisher e Rye (1995) sobre os determinantes psicológicos dos comportamentos preventivos face ao VIH, já referido, confirma os pressupostos da TAR. Neste estudo foram avaliadas as intenções para usar preservativos e as intenções para se envolverem em comportamentos sexuais seguros em amostras homossexuais, estudantes universitários heterossexuais e estudantes do ensino secundário heterossexuais. As medidas de auto-relato foram administradas em três momentos (com intervalo de um mês) e incluíram a avaliação da intenção comportamental para cada comportamento de prevenção do VIH relevante para a população (e.g., uso do preservativo), da atitude para com o acto, norma subjectiva, crenças sobre as consequências do acto e avaliações destas consequências, percepções do apoio dos outros significativos para estes comportamentos e motivação para ir de encontro aos desejos destes. Os resultados indicaram que os comportamentos preventivos face à SIDA eram preditos pelas intenções comportamentais, as intenções comportamentais eram uma função das atitudes e normas, e as atitudes e as normas eram uma função dos seus elementos subjacentes. De facto, as intenções comportamentais provaram ser preditores

significativos de uma grande variedade de práticas sexuais seguras ao longo do tempo, numa variedade de amostras, e nas categorias do comportamento sexual seguro estudado (e.g., abstinência, comprar preservativos, uso do preservativo durante a relação anal e vaginal). Assim, numa perspectiva de teste da teoria, os resultados deste estudo proporcionam suporte empírico consistente para cada uma das relações propostas pela TAR no contexto do comportamento preventivo face ao VIH. Por esta razão, o desenvolvimento de intervenções de prevenção do VIH que modificam as intenções, atitudes, e normas relativas à realização dos comportamentos preventivos face à SIDA deve permanecer uma prioridade. Morrison e colaboradores (2000) também confirmam que as intenções para usar preservativos estão consistentemente associadas de modo positivo com o uso do preservativo referindo vários estudos que apoiam esta relação (e.g., Sheeran & Orbell, 1998) e estudos em que a relação é generalizável a várias populações (e.g. homossexuais, heterossexuais, adolescentes, adultos, etc.).

As investigações baseadas na TAR também proporcionaram informação importante sobre os determinantes das atitudes e normas das intenções de praticar sexo seguro. Os estudos indicam que as atitudes face aos comportamentos sexuais seguros e face às normas subjectivas contribuem de modo significativo para a determinação das intenções de sexo seguro (e.g., Doll & Orth, 1993; Fishbein et al., 1992). Por exemplo, Doll e Orth (1993) verificaram que os resultados dos modelos testados favoreciam a TAR entre outras variações do modelo. Fishbein e col. (1992) testaram a aplicabilidade da TAR enquanto base para compreender e prever as intenções dos homossexuais para realizar comportamentos sexuais de risco para o VIH. Um total de 314 homens homossexuais ou bissexuais indicaram as suas intenções para realizar 15 comportamentos sexuais específicos escolhidos para representar diferentes graus de contrair o VIH ou outras DSTs, e as atitudes e normas relativas a cada comportamento. Os resultados mostraram que as intenções dos homossexuais eram significativamente preditas pelos dois factores (atitudes e normas). Por exemplo, os estudos sobre as intenções dos adolescentes para usarem preservativos verificaram que as atitudes e as normas subjectivas se relacionavam de modo consistente com as intenções (e.g., Godin, Fortin, Michaud, Bradet, & Kok, 1997; cit. por Morrison, Baker & Gillmore, 2000), sugerindo que estes resultados são generalizáveis. De facto, Chan e Fishbein (1993) verificaram que as intenções das mulheres de dizerem aos parceiros para usarem preservativos eram significativamente preditas pelas atitudes e normas subjectivas. Na população adulta heterossexual, a atitude e a norma parecem prever as intenções

quando não é considerado o tipo de parceiro (regular vs. casual), mas quando o tipo de parceiro é considerado os estudos mostram inconsistências: por exemplo, a norma predizia as intenções com os parceiros casuais nas mulheres, enquanto que nos homens a atitude predizia a intenção de usar preservativos com parceiros casuais, e a atitude e norma prediziam as intenções com parceiros regulares (Morrison et al., 2000).

Os resultados sobre a influência das atitudes, normas ou de ambas, nas intenções de praticar sexo seguro possuem implicações para as intervenções de redução do risco face ao VIH. Um exemplo é o estudo de Fisher e col. (1995) realizado numa população homossexual. Os autores verificaram que o uso de preservativo nos homossexuais durante a relação anal estava correlacionado com as intenções de realizar o comportamento, as intenções dependiam das atitudes e das normas subjectivas, e as atitudes face ao acto e face às normas subjectivas estavam correlacionadas com os seus elementos subjacentes (crenças, avaliações, percepções do apoio dos significativos, motivação para ir de encontro aos desejos dos significativos). As implicações destes resultados indicam que as intervenções se devem focar na mudança das intenções dos homossexuais de modo a usarem sempre o preservativo na relação anal modificando as suas atitudes e normas relativamente a este comportamento. No estudo de Fishbein e col. (1992), verificou-se que as atitudes eram os determinantes mais importantes das intenções de envolvimento no comportamento sexual sendo que a importância das considerações normativas variava de acordo com as cidades consoante as diferenças nas estruturas das comunidades homossexuais (quanto mais organizada a comunidade homossexual, mais a pressão normativa influencia a formação das intenções para se envolver ou não nos comportamentos sexuais de risco). No geral, os resultados apoiaram as predições derivadas da TAR. Fisher e Fisher (2000) consideram que as intervenções de prevenção do VIH com o objectivo de promover o uso do preservativo nestas populações (homossexuais e heterossexuais), devem-se focar maioritariamente na modificação das atitudes em relação ao uso pessoal de preservativos durante a relação sexual. A mudança das percepções de suporte social para o uso do preservativo não deve ser prioritária nestas populações porque as percepções de suporte social para o comportamento não influenciaram as intenções de o praticar.

No âmbito da mudança do comportamento de risco face ao VIH, foram implementadas intervenções que aplicaram a TAR, verificando-se que os resultados destas intervenções apoiam as suposições da TAR, tal como a utilidade da aplicação da teoria para promover a mudança do comportamento de risco face ao VIH (Jemmott,

Jemmott, & Fong, 1992; Jemmott, Jemmott, Fong, & McCaffree, 1999). Por exemplo, um conjunto de estudos orientados parcialmente pela TAR (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992; Jemmott, Jemmott, Fong, & McCaffree, 1999) realizou intervenções de uma sessão em pequenos grupos de adolescentes Afro-Americanos. Estas intervenções aplicaram técnicas para modificar as atitudes e intenções face ao sexo desprotegido e foram comparadas com uma intervenção que se focou noutros objectivos que não a prevenção do VIH (e.g., oportunidades de carreira; Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992). No primeiro estudo (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992), os resultados indicaram que a intervenção baseada na TAR foi eficaz na mudança de atitudes face aos comportamentos sexuais de risco e na diminuição das intenções para se envolverem em comportamentos de risco, confirmando-se que a mudança nas intenções persistiu no seguimento de 3 meses. Os participantes também se envolveram menos em comportamentos sexuais de risco nos 3 meses após a intervenção (e.g., menor número de parceiros sexuais), relataram um aumento no uso do preservativo e diminuição da relação sexual anal heterossexual, em comparação com o grupo de controlo. Os autores concluíram que as intervenções que mudam as atitudes face ao comportamento sexual de risco podem ter efeitos benéficos ao nível da prevenção do VIH nos adolescentes. Um segundo estudo (Jemmott, Jemmott, Fong, & McCaffree, 1999) testou os efeitos de uma intervenção de redução do risco para o VIH em 496 adolescentes afro-americanos. Os adolescentes que receberam a intervenção de redução do risco para o VIH parcialmente baseada na TAR exprimiram crenças comportamentais mais favoráveis em relação aos preservativos, maior auto-eficácia, e intenções mais fortes de uso do preservativo pós-intervenção em comparação com os que se encontravam no grupo de controlo (outros assuntos de saúde), mantendo-se estes resultados no seguimento de 6 meses. No seguimento de 6 meses, a intervenção mostrou impacto no comportamento sexual seguro, nomeadamente relatos de menos ocasiões de sexo desprotegido, de relação anal, e com menos parceiros sexuais, quando comparada com o grupo de controlo.

Os estudos anteriormente descritos demonstram que as intervenções baseadas na TAR são capazes de mudar as atitudes, intenções e comportamentos, mas também foram realizados alguns estudos que examinam o papel dos construtos da TAR enquanto mediadores das mudanças nas intenções e comportamentos de redução do risco face ao VIH. Exemplos destes estudos encontram-se descritos por autores como Jemmott e Jemmott (1992), e Bryan, Aiken e West (1996). Jemmott e Jemmott (1992)

realizaram uma intervenção de prevenção do VIH em 109 mulheres adolescentes Afro-americanas para testar se esta intervenção aumenta as intenções de uso do preservativo. Os resultados revelaram que as mulheres obtiveram maiores pontuações nas intenções de usar preservativos, no conhecimento face à SIDA, na auto-eficácia para usar preservativos, nas expectativas de resultado em relação ao uso do preservativo e na mudança das crenças (acreditavam que os preservativos previnem de modo eficaz a gravidez, as DSTs e o VIH, que os preservativos não interferem com o prazer sexual, os parceiros sexuais apoiariam o uso do preservativo) após a intervenção. O aumento das crenças sobre as consequências do uso do preservativo relativamente ao prazer hedonístico e o apoio do parceiro estava significativamente relacionado com o aumento das intenções de usar preservativo. Um segundo estudo de Bryan, Aiken e West (1996), realizado numa população de estudantes universitárias (N=198), verificou que uma intervenção de uma sessão de promoção do uso do preservativo foi eficaz na mudança do comportamento sexual de risco, nomeadamente houve um aumento no auto-relato do uso de preservativo, mudanças positivas nos benefícios percebidos do uso do preservativo, tal como nas atitudes face ao uso do preservativo e aos utilizadores, e aumento nas intenções de usar preservativos. As análises de mediação ilustraram os mecanismos activos da intervenção, estabelecendo uma relação entre os construtos psicológicos visados na intervenção (benefícios, atitudes) e as intenções de uso do preservativo. De facto, as análises mediacionais mostraram que o aumento nas intenções de usar preservativos era mediado pelas atitudes face ao uso do preservativo e face aos utilizadores. Em resumo, confirmando as suposições da TAR, as mudanças nas crenças sobre as consequências da utilização de preservativos na saúde estavam associadas com mudanças nas atitudes face ao uso do preservativo, que por sua vez estavam associados com aumentos significativos no uso de preservativo (comportamento) no seguimento de 6 meses.

Considerando a revisão da literatura sobre o suporte empírico, verifica-se que a TAR é útil na explicação das decisões para o uso de preservativos e para a formação das intenções de uso do preservativo. De acordo com Morrison e colaboradores (2000), as relações entre atitude, norma, e intenções para usar preservativos têm sido demonstradas em diversas culturas, na população adolescente e na população adulta e em grupos étnicos distintos. Podemos, assim, concluir que o modelo proporciona predições adequadas do comportamento de saúde e tem recebido suporte empírico. Não obstante,

o modelo tem sido criticado pela ausência de factores contextuais e da respectiva interferência destes factores com a intenção comportamental (Bosompra, 2001).

Conclusões e Análise Crítica

Os pressupostos da TAR, relativamente à influência das intenções, atitudes, normas e seus determinantes na realização do comportamento de prevenção do VIH, têm sido confirmados de modo consistente e através de vários estudos em diversos comportamentos preventivos e amostras. Em relação ao poder preditivo da TAR na modificação do comportamento preventivo do VIH pela mudança de intenções, atitudes, normas e seus elementos, não tem havido um teste formal das hipóteses baseadas na TAR.

Na revisão das conclusões sobre a TAR, verificam-se as seguintes vantagens e desvantagens na utilização do modelo. As vantagens incluem o facto de existir evidência de que a TAR possui capacidade preditiva mesmo para comportamentos que não se encontram totalmente sob o controlo do indivíduo (Fisher et al., 1994). De facto, a TAR consegue explicar uma proporção substancial da variância nas intenções do uso do preservativo no estudo de Morrison, Baker e Gillmore (2000). Adicionalmente, os resultados da investigação com base na TAR mostram que esta teoria pode ser usada para desenvolver intervenções comportamentais nos moldes que referimos anteriormente (Fishbein et al., 1994).

No âmbito das desvantagens, as críticas de que o modelo é alvo indicam que não é claro que todos os factores externos à TAR influenciem o comportamento apenas pelo facto de influenciarem os componentes do modelo. Por exemplo, no contexto de prevenção do VIH deve ser considerado o impacto não mediado no comportamento preventivo de factores como os sentimentos face à sexualidade (Bryan, Aiken, & West, 1996), da informação relativa ao VIH e das competências comportamentais de prevenção do VIH preconizadas pelo Modelo de Informação-Motivação-Competências Comportamentais (Fisher & Fisher, 1993), das percepções de vulnerabilidade face ao VIH do Modelo de Crenças de Saúde (Gerrard, Gibbons, Warner et al., 1993), e do sexo e etnia (Jemmott & Jemmott, 1992).

Outras desvantagens relacionam-se com a abrangência da teoria, sendo a TAR focada nos elementos motivacionais subjacentes ao comportamento (Fisher et al., 1994). Uma crítica adicional refere que a TAR é fundamentalmente um modelo motivacional que prediz a variância em muitos tipos de comportamento preventivo do VIH. Não

obstante, a TAR não considera de modo explícito até que ponto a prevenção do VIH não está totalmente sob o controlo volitivo do indivíduo, nem aborda o facto de o indivíduo possuir falta de percepção de controlo sobre os actos de prevenção do VIH (Fisher & Fisher, 2000). Na formação da intenção para usar preservativos, o actor pode ter em conta a cooperação antecipada do seu parceiro e a crença de que uma tentativa seria mal sucedida e isto poderia modificar a intenção do actor. Esta constatação sugere a necessidade de adicionar uma medida da percepção do actor face à sua capacidade de realizar o comportamento (Bandura, 1997), o que aumentaria a predição da intenção para o comportamento não volitivo (Morrison, Baker & Gillmore, 2000).

De acordo com Ajzen e Fishbein (1980; p. 9), “a TAR é útil porque identifica um pequeno conjunto de conceitos que assume explicarem as relações (ou falta de relações) entre qualquer variável externa e qualquer tipo de comportamento que se encontra sob o controlo volitivo do indivíduo.” De facto, a TAR é um modelo cognitivo que assume uma abordagem racional face ao comportamento sexual. O problema é que esta suposição pode não ser correcta uma vez que as intenções para usar preservativos e o comportamento podem ser influenciados pelas emoções, paixões, ou outros factores contextuais como a activação sexual (Bosompra, 2001). Também, de acordo com Fisher e colaboradores (1994; p. 239), apesar do suporte empírico que a TAR tem recebido, existem duas características que podem limitar a sua utilidade para compreender e promover o comportamento preventivo face ao VIH: (1) a TAR foca-se apenas nos factores que essencialmente afectam a motivação para praticar a prevenção da SIDA (intenções para agir, atitudes face aos actos, e normas sociais percebidas), esquecendo-se de factores importantes como a informação de prevenção do VIH e as competências de prevenção do VIH que podem ser cruciais para a prática da prevenção (não se encontram directamente representadas no modelo); (2) a TAR defende que factores externos ao modelo – tais como a informação e competências comportamentais – devem funcionar através das componentes atitudinais e normativas do modelo para afectar o comportamento indirectamente. Mais concretamente, a suposição de que todos os factores externos à TAR devem funcionar através das componentes do modelo para afectar o comportamento tem sido questionada.

De facto, a TAR foi inicialmente proposta para compreender comportamentos simples que estão sob o controlo volitivo do actor (Ajzen & Fishbein, 1980). Acontece que a utilização de preservativos é um comportamento diádico complexo, dependendo da cooperação do parceiro sexual. Assim, a nossa reflexão crítica considera que o uso

do preservativo não é um comportamento volitivo simples e que as intenções do parceiro sexual são importantes. Isto porque as atitudes do parceiro podem causar mudança na intenção do actor (defendendo uma acção diferente) ou podem colocar barreiras na capacidade do actor para alcançar o objectivo (podem recusar cooperar) (Morrison et al., 2000).

Perante estas limitações, a Teoria do Comportamento Planeado (TCP; Ajzen & Madden, 1986) aborda o facto da TAR ser muito restrita, permitindo apenas a predição, compreensão e mudança dos comportamentos de prevenção do VIH volitivos. O Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais (MIMCC) foi desenvolvido para abordar a necessidade de conceptualizar a informação de prevenção face ao VIH e as competências comportamentais de prevenção do VIH, em adição à motivação da prevenção face ao VIH, enquanto aspectos fundamentais da predição, compreensão e mudança do comportamento preventivo em relação ao VIH. Ambos os modelos vêm sugerir elementos adicionais à TAR e serão descritos neste capítulo.

2.1.5 A Teoria do Comportamento Planeado (TCP)

Considerando as limitações da Teoria da Acção Racional (TAR; Ajzen & Fishbein, 1980), Ajzen (1985; cit. por Madden, Ellen, & Ajzen, 1992) propôs uma extensão da teoria incluindo as percepções de controlo comportamental enquanto preditor adicional das intenções e comportamento, explicando que nem todos os comportamentos estão sob controlo volitivo do indivíduo, como é o caso do comportamento de prevenção do VIH (e.g., activação sexual, diferenças de poder associadas ao género). Considera-se também que quantos mais recursos e oportunidades os indivíduos pensarem que possuem, maior a sua percepção de controlo comportamental. De acordo com Albarracín, Johnson, Fishbein e Mullerleile (2001), a percepção de controlo comportamental refere-se à percepção de controlo que a pessoa possui sobre o comportamento e assume-se que reflecte os obstáculos que a pessoa encontrou nas realizações comportamentais passadas. Esta extensão constitui o reconhecimento da evidência que sugeria que a auto-eficácia (e.g., “Sei que sou capaz de usar preservativo da próxima vez que tiver relações sexuais”) constituía um preditor de confiança da acção (Sheeran, Abraham, & Orbell, 1999).

De acordo com a TCP, os comportamentos de prevenção face ao VIH são determinados pelas intenções, atitudes, normas e percepção de controlo sobre a

realização do comportamento preventivo, quando este controlo não é completo. Esta teoria pode também ser considerada um modelo de processamento de informação: implica que os indivíduos tomem decisões com base numa avaliação cuidadosa da informação que têm disponível e tenta colocar o indivíduo no contexto das outras pessoas, do mundo social mais alargado (modelos de cognição social; crenças normativas) (Ogden, 1999). Ao relacionar atitudes e comportamentos, os autores elaboraram o princípio da compatibilidade que se baseia na asserção de que cada atitude e cada comportamento têm quatro elementos, nomeadamente a acção, o alvo, o contexto e o tempo (Ogden, 1999). No âmbito da prevenção das DSTs/VIH pode ser aplicado da seguinte forma: uso do preservativo, para evitar a infecção pelo VIH, em casa, cada vez que se inicie uma actividade sexual penetrativa.

Nesta nova teoria, a percepção de controlo comportamental é incluída como uma variável exógena que possui um efeito directo no comportamento e um efeito indirecto através das intenções (Madden, Ellen, & Ajzen, 1992). O efeito indirecto é baseado na suposição de que a percepção de controlo comportamental possui implicações motivacionais para as intenções comportamentais, ou seja, quando as pessoas acreditam que possuem pouco controlo sobre a realização do comportamento porque faltam os recursos, então as suas intenções para realizar o comportamento podem ser baixas, mesmo que as atitudes e as normas sejam favoráveis. O efeito directo da percepção de controlo comportamental no comportamento reflecte o controlo que o indivíduo possui para realizar o comportamento, sendo que as pessoas que acreditam que possuem controlo sobre um comportamento preventivo têm maior probabilidade de serem capazes de realizar o comportamento. Quando o comportamento de prevenção do VIH é percebido como estando sob o controlo total do indivíduo, a TCP reverte para a TAR (Ajzen & Madden, 1986).

De uma forma geral, a percepção de controlo comportamental é medida como um agregado de percepções de que (1) a pessoa pode ou não realizar o comportamento se quiser, (2) realizar o comportamento está ao alcance do próprio, e (3) realizar o comportamento é fácil ou difícil (Ajzen & Madden, 1986). A teoria de Ajzen também supõe que a percepção de controlo comportamental pode influenciar o comportamento directamente sem mediação das intenções comportamentais (Albarracín et al., 2001). Pode-se então constatar que a percepção do controlo comportamental não só se relaciona com as intenções mas também com os comportamentos.

Em 2002, Bryan, Fisher e Fisher efectuaram uma extensão na TCP no contexto do uso do preservativo (Figura 4), introduzindo uma componente adicional entre a intenção de usar preservativo e o comportamento (uso do preservativo): o comportamento sexual seguro preparatório (actos instrumentais), que inclui as componentes de comprar (ou obter preservativos), ter/trazer (os preservativos à mão/disponíveis), e conversar (sobre o uso do preservativo com o parceiro sexual).

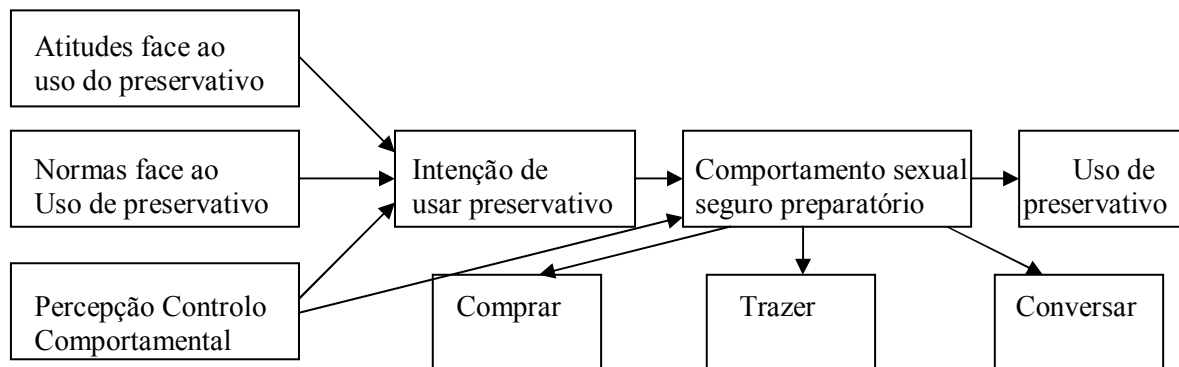


Figura 4 – Teoria do Comportamento Planeado, os construtos e relações da TCP, incluindo o papel mediacional dos comportamentos preparatórios sobre o uso do preservativo (adaptado para o Português de Bryan, Fisher, & Fisher, 2002; p. 77).

O papel dos comportamentos sexuais seguros preparatórios enquanto mediadores da relação entre as intenções comportamentais e o uso do preservativo, emergiu como um correlato significativo do uso do preservativo na meta-análise de Sheeran e col. (1999) sobre os factores associados com o uso do preservativo. Mais concretamente, entre os determinantes mais fortes do uso do preservativo encontravam-se três comportamentos preparatórios: comprar preservativos, tê-los disponíveis, e discutir o uso do preservativo com o parceiro sexual. Os autores defendem que os efeitos das variáveis psicológicas tradicionais (e.g., atitudes, normas, intenções) no uso do preservativo são provavelmente mediados por comportamentos preparatórios específicos que facilitam o uso de preservativos. Consideram o seguinte exemplo: as atitudes positivas face ao uso do preservativo podem conduzir à sua compra, tê-los disponíveis e conversar sobre o uso do preservativo com o parceiro, facilita o uso dos mesmos. Foi com base neste estudo que Bryan e col. (2002) testaram a suposição do papel mediador dos comportamentos preparatórios dentro do quadro conceptual da TCP. Os resultados do estudo sugerem que o papel mediador do comportamento

preparatório pode ser importante. Os efeitos das intenções para se envolverem em comportamentos sexuais seguros parecem funcionar através dos comportamentos sexuais seguros preparatórios para o uso do preservativo. Assim, como o comportamento passado é um forte determinante do comportamento futuro, os autores assumem que o sucesso prévio na compra, porte, e discussão dos preservativos pode influenciar a prática futura do comportamento preparatório.

Suporte Empírico da TCP

A Teoria do Comportamento Planeado (TCP) tem sido aplicada na predição de uma multiplicidade de comportamentos relacionados com a saúde, incluindo o comportamento sexual (e.g., Albarracín et al., 2001), nomeadamente o uso do preservativo, com contributos ao nível da percepção de controlo comportamental na predição das intenções de uso do preservativo, assim como nos comportamentos de uso do preservativo (e.g., Bryan et al., 2002). De facto, a TCP tem sido amplamente utilizada para compreender e prever o comportamento de prevenção face ao VIH. A ênfase da teoria na percepção de controlo comportamental tem conduzido as intervenções para modificar o comportamento de prevenção do VIH em diversas populações, desde estudantes universitários a mulheres adolescentes afro-americanas (Basen-Enquist, 1994; Bryan et al., 1996; Jemmott & Jemmott, 1992).

A revisão da literatura proporciona suporte empírico para a TAR/TCP quando aplicada ao uso do preservativo em várias populações (Sheeran et al., 1999). O estudo de Madden, Ellen e Ajzen (1992) verificou que a inclusão da percepção de controlo comportamental melhorou a predição da intenção comportamental e do comportamento. De facto, os resultados da comparação da TAR e da TCP para 10 comportamentos (e.g., fazer exercício, dormir bem, falar com um amigo íntimo, lavar a roupa, evitar a cafeína, etc.) foram consistentes com a TCP: os efeitos da percepção de controlo comportamental num comportamento alvo são mais marcantes quando o comportamento apresenta algum problema em relação ao controlo, ou seja, quando os comportamentos eram percebidos como de baixo controlo, a influência da percepção de controlo no comportamento era significativa e não mediada pelas intenções. Por outro lado, em 1993, Chan e Fishbein aplicaram a TAR e a TCP ao uso do preservativo nas mulheres. Os resultados sugeriram que as intenções das mulheres para dizerem aos seus parceiros para usarem preservativo eram significativamente preditas pelas atitudes e normas subjectivas, enquanto a percepção de controlo comportamental não melhorou a

predição das intenções. Assim, embora tenham obtido apoio para a TAR, o estudo pareceu não dar apoio à TCP, mais concretamente a percepção de controlo comportamental não aumentou de modo significativo a predição das intenções comportamentais das mulheres.

As atitudes, as normas, a percepção de controlo comportamental e as intenções têm sido consistentemente relacionadas com o uso do preservativo numa variedade de populações (e.g., Wulfert & Wan, 1993). Por exemplo, Sheeran e col. (1999) na meta-análise para quantificar a relação entre as variáveis psicossociais da TCP e o uso do preservativo em 121 estudos com amostras heterossexuais, verificaram que as atitudes face aos preservativos, as intenções comportamentais e a comunicação sobre os preservativos eram os preditores mais importantes do uso do preservativo. De facto, a meta-análise demonstrou que o uso do preservativo pode ser predito a partir das atitudes e intenções na mesma extensão que outros comportamentos.

A suposição de que a percepção de controlo comportamental aumenta o impacto da influência das atitudes e normas na formação das intenções comportamentais tem sido confirmada de modo consistente na pesquisa no âmbito da prevenção do VIH (Albarracín et al., 2001). A título de exemplo, Albarracín e col. (2001) verificaram que a percepção de controlo comportamental estava relacionada com as intenções de uso do preservativo e com o uso do preservativo, ou seja, os resultados foram consistentes com as predições da TCP. Os autores adicionam que a realização do comportamento no passado se associa a uma maior probabilidade de percepção de controlo sobre o comportamento. O estudo de Ajzen e Madden (1986) também proporcionou suporte para a TCP, sendo que a adição da percepção de controlo comportamental às variáveis da TAR melhorou a predição das intenções comportamentais ($F(3, 165) = 46.16$, $p < .01$).

Adicionalmente, a TCP assume que pode existir um efeito directo da percepção de controlo comportamental no comportamento. Esta asserção tem recebido suporte empírico inconsistente no domínio do uso do preservativo (e.g., Albarracín et al., 2001). Num domínio menos específico, Ajzen e Madden (1986) verificaram que a relação entre a percepção de controlo comportamental e o comportamento alvo foi significativa, sendo que a percepção de controlo pode, de facto, influenciar o comportamento independentemente dos seus efeitos na intenção mas sob determinadas condições (e.g., o comportamento em questão é determinado pelo menos em parte por factores que vão além do controlo pessoal; a percepção de controlo deve ser realista). Não obstante os

resultados promissores dos primeiros estudos sobre a relação directa entre a percepção de controlo e o comportamento, na perspectiva de Albarracin e col. (2001), a adequação da TAR e da TCP na predição do comportamento de uso do preservativo é equivalente, indicando que ambas as teorias são boas preditoras do uso do preservativo. Considera-se, assim, que a adição da percepção de controlo comportamental não aumenta a predição do comportamento.

A TCP (Ajzen & Madden, 1986) assume que as atitudes, as normas sociais e a percepção de controlo comportamental sobre os actos sexuais seguros podem afectar as intenções de praticar o comportamento sexual seguro e, através das intenções, podem afectar o comportamento (as práticas sexuais seguras). A adição da nova variável dos comportamentos preparatórios por Bosompra (2001), introduz um mediador entre as intenções e o comportamento. Os resultados dos dois estudos de Bryan e col. (2002) proporcionam algum suporte para estas suposições. Assim, no estudo 1, estudo sobre o comportamento de uso do preservativo numa amostra de adolescentes (N=226), as atitudes e as normas face ao uso do preservativo estavam associadas com as intenções de usar preservativos, mas a percepção de controlo comportamental não contribuía para a predição das intenções de uso do preservativo. Pelo contrário, os comportamentos preparatórios estavam fortemente associados com o uso do preservativo no seguimento. Os testes ao papel mediador do comportamento preparatório indicaram que os efeitos das intenções e da percepção de controlo comportamental no comportamento eram completamente mediados pela realização dos comportamentos preparatórios. Verificou-se ainda que as atitudes e as normas eram suficientes para predizer as intenções, mas quando se tratava de envolvimento nos comportamentos sexuais seguros preparatórios, o controlo percebido facilitava a *performance* comportamental. No estudo 2, amostra de estudantes universitários (N=160), confirmou-se novamente o papel mediador do comportamento sexual seguro preparatório. Os resultados foram de encontro à TCP, sendo que as atitudes, as normas e a percepção de controlo comportamental prediziam as intenções, as intenções prediziam os comportamentos sexuais seguros preparatórios, e os comportamentos preparatórios prediziam o uso do preservativo, demonstrando assim os efeitos mediadores dos comportamentos sexuais seguros preparatórios no uso do preservativo. Em suma, os resultados dos estudos 1 e 2 de Bryan e col. (2002) confirmam as suposições centrais da TCP relativamente ao contributo das atitudes, das normas, e da percepção de controlo comportamental para a predição e compreensão dos comportamentos que não se encontram totalmente sob controlo volitivo, como é o caso

do comportamento diádico do uso do preservativo. Assim, os construtos da TCP, juntamente com o comportamento sexual seguro preparatório, explicam uma proporção substancial da variância no uso do preservativo (51% da variância no uso do preservativo para as mulheres e 63% da variância no uso do preservativo para os homens). Existe também necessidade de uma distinção conceptual entre comportamentos que são alcançados para facilitar um resultado final (adquirir e possuir preservativos) *versus* o resultado final *per se* (uso do preservativo). Bryan e col. (2002) sugerem que a prática do comportamento preparatório pode ter um significado diferente para o indivíduo e para os outros, isto é, pode ser mais aceitável possuir preservativos, um comportamento preparatório que conota maturidade sexual, do que usá-los (um comportamento que pode conotar medo, desconfiança ou possível doença). Estes resultados apoiam a validade do uso dos comportamentos preparatórios enquanto medidas intermédias de resultado das intervenções e como variáveis de resultado nos testes do modelo em casos em que alguma parte da amostra não tem oportunidade de se envolver no resultado comportamental esperado (uso do preservativo) (Bryan et al., 2002).

Algumas intervenções de prevenção do VIH foram orientadas pela ênfase da TCP na importância de reforçar as percepções de controlo com o objectivo de promover os comportamentos preventivos (e.g., Basen-Enquist, 1994; Bryan et al., 1996; Jemmott & Jemmott, 1992). Por exemplo, Basen-Enquist (1994) testou a eficácia de uma intervenção em estudantes universitários com o objectivo de aumentar o comportamento preventivo face ao VIH através do aumento da auto-eficácia dos participantes relativa ao comportamento preventivo face ao VIH (percepção de controlo comportamental). Os resultados desta intervenção indicaram um aumento da auto-eficácia (percepção de controlo comportamental), e da intenção de usar preservativos no futuro. Adicionalmente, verificou-se um aumento na frequência do uso do preservativo do pré-teste para o seguimento de 2 meses, comparativamente à condição de controlo (tópico diferente: violência familiar).

Assim, a revisão da literatura demonstra que as intervenções de prevenção do VIH são capazes de modificar as percepções de auto-eficácia ou de controlo em relação às práticas sexuais seguras e que tais mudanças podem ter impacto na redução do comportamento de risco. Não obstante, poucas intervenções examinaram directamente o papel das mudanças na auto-eficácia face ao sexo seguro enquanto mediadores da mudança nas intenções e comportamento de prevenção do VIH. Por exemplo, num

estudo anterior de Bryan e col. (1996) verificou-se que uma intervenção de 1 sessão de promoção do uso do preservativo numa amostra de estudantes universitárias femininas (N=198) foi eficaz, conduzindo a um aumento da auto-eficácia no uso do preservativo, e nas percepções de controlo nos encontros sexuais. Tais mudanças estavam associadas ao aumento das intenções de usar preservativo e em última análise com o aumento no comportamento de uso do preservativo, confirmando as expectativas da TCP.

Conclusões e Análise Crítica

As teorias TAR e TCP têm inspirado um conjunto de esforços preventivos, nomeadamente as tentativas para induzir atitudes favoráveis, normas sociais de apoio, e o aumento do controlo comportamental nos participantes. Contudo, os resultados da meta-análise sugerem que a mudança de atitudes é o que produz mais resultados na luta contra a pandemia do VIH (Albarracín et al., 2001).

A suposição de que as intenções de prevenção do VIH dependem das atitudes e normas e da percepção de controlo tem sido confirmada de modo consistente através de vários estudos (Albarracín et al., 2001). Pelo contrário, a suposição da TCP de que o comportamento preventivo face ao VIH pode ser directamente influenciado pela percepção de controlo sobre tal comportamento tem sido questionada. Adicionalmente, a ênfase da TCP para mudar as percepções de controlo face ao comportamento preventivo no âmbito do VIH como forma de mudar o comportamento é consistente com os dados da investigação (Bryan et al., 1996).

Alguns aspectos conceptuais devem também ser considerados na análise crítica sobre a TCP. Como já referido, Ajzen (1985; cit. por Ajzen & Madden, 1986) propôs uma extensão da TAR que defendia que o construto de percepção de controlo sobre o comportamento é um factor adicional necessário para compreender e predizer actos que não se encontram totalmente sob o controlo volitivo do indivíduo. Fisher e col. (1994; p. 239) referem que existe evidência meta-analítica de que a TAR prediz razoavelmente bem mesmo para comportamentos que não se encontram totalmente sob o controlo do indivíduo, e consideram que existe evidência empírica de que a adição de medidas de percepção de controlo não contribuíram para a predição de seis comportamentos preventivos face ao VIH. Outra crítica consiste no facto da TCP, tal como a TAR, ser um modelo motivacional que dirige pouca atenção à informação e contextos específicos das competências comportamentais que são necessários para a iniciação e manutenção dos comportamentos preventivos face ao VIH (Fisher & Fisher, 2000). O modelo de

Informação – Motivação e Competências Comportamentais aborda este assunto de modo directo e será descrito neste capítulo.

Outra limitação da TCP encontra-se presente no contexto relacional, ou seja, a TCP não considera o comportamento diádico. Em 1994, Terry e colaboradores sugeriram que a TAR e a TCP necessitavam de ter em consideração o facto de que o uso de preservativo não é apenas um comportamento volitivo, mas que se encontra sob o controlo de ambos os parceiros. Os resultados deste estudo demonstraram que a norma do parceiro se correlacionava com a atitude e muitos itens da medida de crenças (*beliefs-based measure of attitudes*) confirmaram a importância do parceiro. Assim, constatou-se que o comportamento de uso do preservativo não é uma decisão individual, pelo que a TAR e a TCP podem beneficiar da inclusão desta componente externa (atitudes e normas do parceiro).

A análise crítica permite também tecer elações sobre as vantagens da aplicação da TCP. Por exemplo, os estudos de Bryan e col. (2002), já citados, apoiam a TCP e no âmbito das implicações práticas dos estudos sugerem o aumento das atitudes sexuais seguras, das normas, e da percepção de controlo comportamental para que os programas sejam eficazes na promoção do comportamento sexual seguro. Deste modo, as intervenções devem incluir o treino e *role-play* de comportamentos sexuais seguros preparatórios, tal como a explicação da importância de tais comportamentos. Ao aplicar a Teoria do Comportamento Planeado ao uso do preservativo neste programa de promoção de comportamentos de saúde (prevenção do VIH), poderemos fazer as seguintes predições: se um indivíduo acreditasse que a redução de comportamentos sexuais de risco (pela utilização do preservativo) iria contribuir para a sua saúde sexual (atitude para com o comportamento) e acreditasse que as pessoas importantes da sua vida gostariam que se protegesse de DSTs/VIH (normas subjectivas) e, além disso, acreditasse que era capaz de utilizar o preservativo de cada vez que tinha relações sexuais (de forma correcta e consistente), tendo em conta o seu comportamento passado e a avaliação dos factores de controlo internos e externos (alto controlo do comportamento), isso permitiria predizer a forte intenção de aumentar os comportamentos sexuais seguros como a utilização do preservativo (intenções de comportamento). Este modelo também indica que a percepção de controlo comportamental pode predizer o comportamento sem a influência das intenções. Por exemplo, se a percepção de controlo comportamental reflectisse o controlo real, a crença dos indivíduos de que não seriam capazes de utilizarem preservativos por os

mesmo serem inibidores do prazer/espontaneidade, seria um melhor preditor da utilização do preservativo do que as boas intenções de o usar.

Em contraste com o Modelo de Crenças de Saúde (MCS) e com a Teoria da Motivação para a Protecção, este modelo inclui um nível de irracionalidade (sob a forma de avaliações) e tenta colocar o problema dos factores sociais e ambientais (sob a forma das crenças normativas) incluindo um papel para o comportamento passado através da medição da percepção de controlo comportamental. De facto, a conceptualização do MCS falhou no reconhecimento da natureza social do uso do preservativo, sendo compreensível que os modelos como a TAR e a TCP que se focam em cognições específicas do comportamento proporcionem melhores predições. Adicionalmente, a inclusão da percepção de controlo comportamental (auto-eficácia) permite explicar porque é que algumas pessoas que possuem a intenção não actuam: talvez ainda não se tenham envolvido em comportamentos preparatórios necessários, talvez como consequência da falta de experiência, pelo que expansão da TAR ao incluir estes comportamentos preparatórios parece ser benéfica (Sheeran et al., 1999).

2.1.6 O Modelo Transteórico

O Modelo Transteórico (MT) de mudança do comportamento de saúde é um modelo de estádios, pois assume que “a mudança requer movimento através de estádios no tempo, o uso activo de diferentes processos de mudança em diferentes estádios e a modificação dos pensamentos, afectos e comportamentos” (Prochaska, Redding, Harlow, Rossi, & Velicer, 1994; p. 471). Neste tipo de teorias, a mudança de comportamento é conceptualizada como um processo dinâmico que implica o movimento através de uma sequência de estádios, sendo que as pessoas que se encontram em diferentes estádios necessitam de diferentes tipos de intervenção (Sutton, 2000).

O MT descreve as relações entre vários conceitos dos estádios e processos de mudança. Os estádios de mudança são “uma sequência desenvolvimental de prontidão motivacional ou intenção para modificar os comportamentos problema” (Prochaska et al., 1994; p. 473). Existem também vários processos de mudança que operam no movimento através dos estádios, e sobre os quais nos iremos debruçar mais adiante (ver Quadro 6). No total, o MT inclui 15 construtos teóricos diferentes retirados de várias teorias da mudança de comportamento. De acordo com Sutton (2000), estes construtos

incluem os estádios de mudança, os 10 processos de mudança, os prós e os contras percebidos da mudança, a auto-eficácia e a tentação.

O MT considera que as pessoas progridem através de uma série de estádios de mudança, mais concretamente consideram seis estádios de mudança: pré-contemplanção, contemplanção, preparação, acção, manutenção e finalização. Embora Fisher e Fisher (2000), na sua revisão do MT considerem seis estádios, outros autores indicam que a versão do MT mais utilizada nos últimos anos especifica apenas cinco estádios: pré-contemplanção, contemplanção, preparação, acção e manutenção (Prochaska et al., 1994; Sutton, 2000). Por exemplo, Morrison-Beedy, Carey e Lewis (2002) aplicam o MT ao uso do preservativo na população feminina. Consideram cinco estádios no modelo de mudança do uso do preservativo numa população feminina (Figura 5).

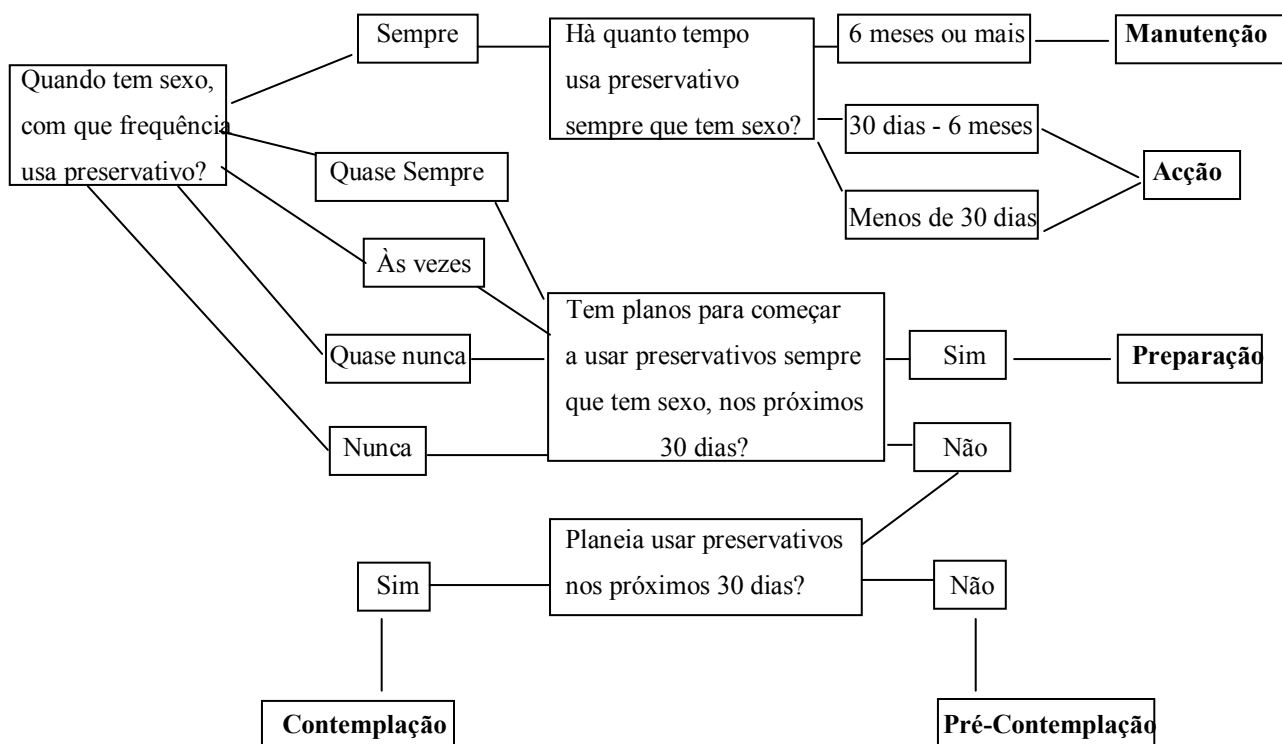


Figura 5. Exemplo do MT aplicado ao uso do preservativo (adaptado para o Português de Morrison-Beedy, Carey, & Lewis, 2002; p. 127)

Sumariamente, as pessoas movem-se da pré-contemplanção (sem intenção de mudar), para a contemplanção (intenção de mudar nos próximos 6 meses), para a preparação (plano de mudança activo), para a acção (realizar mudanças) e para a manutenção (dar passos para sustentar a mudança e resistir à tentação da recaída)

(Prochaska et al., 1994). Os autores do modelo consideram ainda que esta progressão não é linear, sendo que as pessoas podem ter recaídas e voltar a um estágio de mudança inicial como a pré-contemplação ou contemplação. Assim, o primeiro estágio é designado por Pré-contemplação, caracterizando as pessoas que não têm a intenção de modificar o seu comportamento (e.g., sexual) nos próximos seis meses. As pessoas podem encontrar-se no estágio de pré-contemplação por várias razões, nomeadamente, podem ter comportamentos de risco pelo facto de não estarem informadas ou estarem mal informadas sobre as consequências do comportamento (e.g., sobre o VIH), porque possuem conhecimento sobre os efeitos negativos do VIH na saúde mas minimizam-nos (e.g., acreditar que nunca irão contrair o VIH), porque já tentaram modificar-se mas foram mal sucedidas e ficaram desmoralizadas, ou por outras razões (Prochaska et al., 1994). Fisher & Fisher (2000), numa aplicação do modelo ao sexo seguro, definem os pré-contempladores como aqueles sujeitos que não estão a praticar sexo seguro na actualidade e não têm intenções de o fazer. De acordo com os mesmos autores, cerca de 35 a 55% dos indivíduos, desde estudantes universitários a mulheres de elevado risco, encontram-se neste estágio para o uso do preservativo com o seu parceiro principal. Adicionalmente, Prochaska e col. (1994) consideram que os pré-contempladores são defensivos sobre os seus comportamentos de risco para a saúde e resistentes às pressões externas para a mudança.

No estágio de contemplação, as pessoas (5 a 30%) estão a pensar de forma séria em modificar o seu comportamento nos próximos seis meses, ou seja, têm a intenção de o fazer, e estão mais abertas a receber *feedback* e informação sobre o problema e mudança, do que os pré-contempladores (Prochaska et al., 1994). Não obstante pensarem nos prós e contras da mudança, os contempladores são ambivalentes em relação aos custos e benefícios do seu comportamento, o que pode implicar a permanência neste estágio durante anos. No âmbito da prevenção do VIH, os contempladores são aqueles que sabem o que constitui comportamento de risco e estão a considerar praticar comportamentos sexuais seguros no futuro, embora não o façam na actualidade. Tal como no estágio anterior, os contempladores também não irão beneficiar das intervenções tradicionais orientadas para a acção porque ainda não estão suficientemente preparados para a mudança. Por exemplo, a maioria dos não utilizadores de preservativos encontram-se nos dois primeiros estágios de mudança: pré-contemplação e contemplação (Grimley, Prochaska, & Prochaska, 1997).

No terceiro estágio, o estágio de preparação, as pessoas estão preparadas para a acção e estão a planear a mudança durante o próximo mês (Prochaska et al., 1994). Os autores do modelo referem que neste estágio as pessoas (5 a 30%) já efectuaram alguns passos a caminho da acção, tais como a redução da frequência do comportamento problema, ou experimentar um novo comportamento saudável (e.g., podem estar a tentar reduzir a frequência de sexo desprotegido), mas ainda não preenchem o critério para a mudança (uso consistente do preservativo, ou seja, durante todos os encontros sexuais). Ao contrário dos que se encontram nos estádios de pré-contemplanção ou de contemplanção, os indivíduos do estágio de preparação poderão ser alvo de recrutamento para as intervenções tradicionais orientadas para a acção pois já formaram um plano de acção.

No estágio de acção, os indivíduos efectuaram modificações no seu comportamento problema que foram eficazes, reduzindo significativamente o risco durante os últimos seis meses (Prochaska et al., 1994). A este propósito, os autores do modelo referem que para que os sujeitos se encontrem neste estágio (5 a 30%), é necessário terem alcançado determinados critérios comportamentais durante um tempo mínimo. No exemplo da redução do risco face ao VIH, consideram que o critério de acção incluiria a combinação de vários critérios comportamentais, tais como usar preservativos durante os últimos seis ou dez encontros sexuais, ou ter uma relação monogâmica de um ano ou mais após obter dois testes negativos de anticorpos face ao VIH, ou abster-se de relações sexuais anais desprotegidas, ou abster-se de relações vaginais e anais, e de partilha de seringas com parceiros desconhecidos. O critério mais comum nos estudos de prevenção do VIH é o de usar preservativos de forma correcta e consistente nas relações vaginais e anais.

Por fim, o estágio de manutenção (20% dos sujeitos) é o período que começa após seis meses de mudança comportamental contínua e bem sucedida, com o uso continuado do processo e da prevenção da recaída (Prochaska et al., 1994). Os autores do modelo consideram que mesmo após 6 meses de acção, a mudança comportamental ainda não está livre do risco de recaída, podendo a permanência neste estágio ser entre 3 a 5 anos e continuar a existir perigo de recaída. No âmbito da prevenção do VIH, a manutenção pode ser definida como a manutenção consistente das práticas sexuais seguras por mais de 6 meses, podendo incluir critérios como a abstinência de sexo a longo prazo, a monogamia, o uso do preservativo, a partilha de seringas, ou alguma combinação destes critérios. O estágio de manutenção é seguido pelo estágio de

finalização, onde se presume que os indivíduos não têm recaídas e possuem uma auto-eficácia elevada em relação à sua capacidade para manter o comportamento saudável.

Como já referido, o MT caracteriza o indivíduo como pertencendo a um dos seis estádios de mudança face a um problema (e.g., comportamento sexual de risco). Para além dos estádios, Prochaska e col. (1994) consideram um conjunto de variáveis independentes que incluem dez processos de mudança, que acompanham os indivíduos na progressão através dos estádios de mudança, e variáveis específicas ao comportamento problema (e.g., percepção de risco). Os processos de mudança considerados pelo MT são apresentados e definidos no quadro 6, incluindo um exemplo da sua aplicação à mudança do comportamento de risco para o VIH.

Figura 6. Definições e Exemplos dos Processos de Mudança para o Sexo Seguro (adaptado para o Português de Prochaska et al., 1994; p. 477)

Processo	Intervenções/Definição	Exemplo
1. Despertar da consciência	Aumentar o nível de consciência e processar a informação de modo real	Procurar informação relacionada com a redução do risco face à SIDA
2. Alívio dramático	Experimentar e expressar sentimentos	Ficar perturbada/o com artigos sobre os riscos do sexo desprotegido
3. Reavaliação Ambiental	Re-experienciar afectivo e cognitivo do próprio ambiente e problemas	Pensar que o mundo seria melhor se mais pessoas praticassem sexo seguro
4. Auto-reavaliação	Re-experienciar afectivo e cognitivo do <i>self</i> e problemas	Sentir que ser uma pessoa responsável implica praticar sexo seguro
5. Auto-libertação	Acreditar na própria capacidade para mudar e compromisso para actuar	Fazer um compromisso para evitar situações sexuais de risco
6. Relações de ajuda	Uma relação que envolve abertura, atenção, confiança, sinceridade e empatia	Ter alguém que escutequando precisa de falar sobre o K sexual e SIDA
7. Libertação social	Notar as mudanças sociais que apoiam as mudanças pessoais	Notar que a sociedade se modifica sendo mais fácil praticar sexo seguro
8. Contra-condicionamento	Substituir comportamentos e experiências problema por outros mais positivos	Em vez de sexo de risco, envolver-se noutras actividades sexuais seguras
9. Gestão do reforço	Reforçar mais os comportamentos positivos e punir os negativos	Esperar ser elogiado/a pelos outros se praticar sexo seguro
10. Controlo dos estímulos	Reestruturar o ambiente ou experiência para que o estímulo problema tenha menor probabilidade de ocorrer	Ter preservativos consigo para se recordar de praticar sexo seguro

De acordo com Prochaska e col. (1994), os processos de mudança dividem-se em duas categorias: processos experimentais e processos comportamentais. Os autores consideram que os processos experimentais/baseados na experiência/empíricos (e.g., despertar da consciência - *consciousness raising*; alívio dramático - *dramatic relief*; auto-reavaliação - *self-reevaluation*) são frequentemente usados por indivíduos que se encontram nos estádios de contemplação e preparação, enquanto que os processos comportamentais são mais usados pelos indivíduos que se encontram nos estádios de acção e manutenção (e.g., gestão do reforço - *reinforcement management*; contra-condicionamento - *counterconditioning*; relações de ajuda - *helping relationships*; libertação social - *social liberation*). A integração dos estádios e dos processos de mudança é importante para o desenho de intervenções. Mais concretamente, e seguindo o exemplo dos autores do modelo, é necessário encontrar as modalidades e técnicas mais eficazes para ajudar os pré-contempladores a processar informação de modo mais consciente (despertar da consciência), aumentar a sua consciência emocional face ao problema (alívio dramático) e aumentar a sua compreensão de como a sua auto-imagem é afectada pela redução do risco (auto-reavaliação). Para aqueles que se encontram nos últimos estádios da mudança, as técnicas de intervenção devem reforçar os pequenos passos na direcção do sexo seguro (gestão do reforço), a substituição dos comportamentos não saudáveis por saudáveis (contra-condicionamento) e desenvolver o suporte social em direcção a um estilo de vida mais seguro (relações de ajuda). A este propósito, Fisher e Fisher (2000), na revisão do MT, adicionam que aplicar os processos de mudança errados a pessoas que se encontram num determinado estádio de mudança pode inibir o progresso, sendo necessário efectuar uma adaptação dos processos ao estádio em que o indivíduo se encontra.

O MT também considera duas outras variáveis dependentes que medeiam o movimento entre estádios: o equilíbrio de decisão (*decisional balance* - os prós e os contras da mudança comportamental) e a auto-eficácia (confiança na própria capacidade para mudar e resistir às tentações para se envolver no comportamento problema) (Prochaska et al., 1994). Em parte, a decisão de agir é baseada no peso relativo dado aos prós e aos contras da mudança do comportamento para reduzir o risco e nisto consiste o equilíbrio de decisão. Assim, os prós podem ser vistos como facilitadores da mudança (e.g., crença de que os preservativos previnem a gravidez e as DSTs) e os contras como barreiras (e.g., crenças sobre a diminuição da sensibilidade, rejeição por parte do

parceiro). A relação funcional entre os estádios de mudança e os prós e contras, tem sido replicada em pelo menos 12 áreas de problemas diferentes (Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, et al., 1994). Nas várias amostras (comportamentos contraceptivos, redução do risco face à SIDA, etc.), os prós explicavam mais a variância no movimento entre estádios, enquanto que os contras permaneciam relativamente estáveis. De acordo com Prochaska, Redding, Harlow, Rossi e Velicer (1994), estes dados sugerem que aumentar os prós do uso do preservativo ou do sexo seguro pode ser mais eficaz para ajudar os participantes a moverem-se para a acção do que diminuir os contras, pelo que os programas de intervenção para aumentar o uso do preservativo devem ir no sentido de erotizar o uso do preservativo, enquanto forma de aumentar os aspectos positivos. No estudo de Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus e col. (1994) acima referido, verificou-se que para os 12 problemas de comportamento diferentes, os contras de mudar os comportamentos problemas sobrepunham-se aos prós nas pessoas que se encontram no estágio de pré-contemplação, enquanto que o contrário se verificou no estágio de acção. Adicionalmente, constatou-se que os prós começam a sobrepor-se aos contras no estágio de contemplação. O estudo de Galavotti, Cabral, Lansky e col. (1995) também avaliou a aplicabilidade do MT à medição do uso de contraceptivos em 296 mulheres em risco de transmissão e infecção pelo VIH, considerando as escalas de auto-eficácia e de equilíbrio de decisão, encontrando mudanças nestas variáveis de acordo com os estádios: a auto-eficácia aumentou através dos estádios, da pré-contemplação à manutenção, e houve uma mudança no equilíbrio de decisão (aumento da percepção dos prós no uso do preservativo com o parceiro principal e no uso geral de contraceptivos). Prochaska (1994) analisou os princípios fortes e fracos para progredir da pré-contemplação para a acção em 12 comportamentos problema. O autor verificou que para que a mudança seja provável, os prós da mudança devem aumentar cerca de duas vezes mais tal como os contras devem diminuir, daí que o foco deva ser colocado no aumento dos benefícios percebidos da mudança, excepto quando o indivíduo já começou a modificar o comportamento (estádio de contemplação, acção). Nesta última situação, as intervenções podem focar-se mais na diminuição dos contras.

Morrison-Beedy e colaboradores (2002) descobriram que existem dois modelos de estádios de mudança para o uso do preservativo, dependendo do tipo de parceiro. O conhecimento, a prontidão geral para modificar os comportamentos sexuais e os aspectos positivos da mudança comportamental eram construtos mais importantes no

modelo para as mulheres com “outros” parceiros (múltiplos, casuais, ou novos), enquanto que as normas sociais e os aspectos positivos (prós) tinham maior influência para as mulheres com parceiros estáveis. As mulheres que acreditam que estão numa relação mutuamente monogâmica e de compromisso com um homem podem considerar o uso do preservativo apenas se as normas sociais do seu parceiro sexual e dos membros do grupo apoiam o uso do preservativo, caso contrário podem pensar que o VIH não constitui uma ameaça para elas.

Outro construto importante considerado pelo MT é a auto-eficácia. Neste âmbito, o MT operacionaliza a auto-eficácia de duas formas: confiança na própria capacidade de modificar um comportamento problema e na capacidade para resistir à tentação para se envolver no comportamento problema (aumenta da pré-contemplanção para a manutenção) (Prochaska et al., 1994). De acordo com os autores do modelo, no âmbito da redução do risco face ao VIH, a auto-eficácia para usar preservativos em várias situações aumenta através dos estádios de pré-contemplanção, contemplanção, acção e manutenção. Os autores adicionam ainda que, tal como acontece com os prós e os contras, a auto-eficácia e a tentação interagem através dos estádios de mudança. Por exemplo, à medida que os indivíduos se movem para o estádio de acção, os níveis de auto-eficácia aumentam drasticamente e os níveis de tentação diminuem gradualmente. No estádio de manutenção, a auto-eficácia aumenta e a tentação continua a diminuir, e no estádio de finalização a tentação é praticamente ausente e a auto-eficácia permanece elevada.

Ao nível das implicações para a intervenção de redução do risco face ao VIH, Prochaska e col. (1994) consideram que o MT pode ser útil na prevenção do VIH. Mais concretamente, consideram a utilidade dos estádios de mudança, dos processos de mudança, do equilíbrio de decisão, e da auto-eficácia para diferenciar aqueles que estão a reduzir o risco de exposição face ao VIH daqueles que não o fazem. Por fim, Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) consideram que uma implicação importante é a necessidade de avaliar o estádio de mudança da população alvo, a sua prontidão para a mudança e desenhar as intervenções para ir de encontro às suas necessidades.

Suporte Empírico do MT

Grande parte do suporte empírico do MT tem sido obtido investigando os comportamentos aditivos, com especial foco na cessação do fumar (Sutton, 2000), embora existam um conjunto de outras aplicações do modelo em comportamentos tão

diversos como o comportamento sexual (redução do risco face ao VIH e contracepção), abuso de substâncias, dieta e controlo de peso, adopção do exercício, entre outros (Prochaska, 1994). De acordo com Prochaska e col. (1994; p. 472), a consistência dos resultados nas diferentes áreas de estudo com o MT proporciona suporte empírico para a suposição de que “o MT pode servir de tema integrativo para acelerar a mudança através de uma vasta gama de comportamentos problema”.

O suporte empírico do MT, no âmbito do comportamento preventivo face ao VIH, baseia-se em estudos sobre os estádios do MT, os processos de mudança, o conceito de equilíbrio de decisão e o construto de auto-eficácia, tal como o de tentação. Por exemplo, o estudo de Bowen e Trotter II (1995) examinou a utilidade do MT na predição do uso do preservativo, agrupando os participantes em três estádios de mudança: pré-contemplação, contemplação e acção. Na predição dos estádios de mudança para o uso do preservativo, ao nível do género verificou-se que os homens e as mulheres possuíam uma distribuição semelhante dos estádios de mudança, enquanto que em termos etários os mais jovens encontram-se no geral mais avançados nos seus estádios de mudança para o sexo seguro do que os participantes mais velhos. De facto, a idade parece desempenhar um papel na adopção do preservativo, onde os participantes mais jovens com parceiros casuais tinham maior probabilidade de estar nos estádios de acção ou manutenção. Os resultados deste estudo indicaram que os benefícios da mudança e a assertividade no uso do preservativo variaram através dos estádios de mudança de acordo com o tipo de parceiro (principal ou casual), enquanto que os custos da mudança eram importantes para predizer o estágio apenas com os parceiros principais. Os resultados deste estudo proporcionam suporte empírico para o modelo dos estádios de mudança para identificar a intenção de usar preservativos nos utilizadores de drogas, e as mudanças sistemáticas nos prós e na assertividade através dos estádios são consistentes com as mudanças observadas noutros comportamentos de saúde (Prochaska et al., 1992).

Em relação aos processos de mudança e à sua aplicação ao contexto do comportamento sexual seguro, o estudo de Bowen e Trotter II (1995) indicou, além dos dez processos, a assertividade em relação ao uso do preservativo. A assertividade foi considerada uma variável importante com ambos os tipos de parceiros (primário *versus* casual) e essencial para a progressão nos estádios de mudança face ao uso do preservativo. Neste estudo, também se verificou que os processos de mudança e a forma como actuam através dos estádios no âmbito do uso do preservativo (e.g., mudanças nos

prós, na assertividade, etc.), é consistente com as mudanças observadas noutros comportamentos de saúde (e.g., tabagismo; Prochaska et al., 1994).

Verifica-se, também, que os processos de mudança se integram em determinados estádios de mudança, ou seja, determinados processos de mudança são usados em determinados estádios de mudança (Grimley, Prochaska, & Prochaska, 1997). A relação entre os processos e o estágio de mudança para o uso do preservativo parece ser idêntica a outros comportamentos problema, onde o uso do processo comportamental aumenta após o estágio de pré-contemplação. Ao contrário da diminuição dos processos comportamentais no estágio de manutenção noutros comportamentos, Grimley, Prochaska e Prochaska (1997) consideram que os processos comportamentais para o uso do preservativo continuam a aumentar mesmo no estágio de manutenção, sugerindo que “embora os indivíduos no estágio de manutenção para o uso do preservativo possam sentir-se mais confiantes no uso de preservativos e menos tentados a envolverem-se em sexo desprotegido, eles ainda têm de trabalhar para reforçar o seu compromisso face ao uso de preservativos e de continuar a ter preservativos para manter a mudança comportamental” (p. 66). Os autores referem ainda que o tipo de relação (principal ou secundária) pode implicar a utilização de diferentes processos de mudança, o que é consistente com a observação inicial de que as pessoas se encontram em diferentes estádios de mudança para o uso do preservativo nas relações principais e secundárias. Mais concretamente, sugerem que a manutenção do uso do preservativo nas relações primárias pode implicar mais esforços cognitivos e emocionais continuados do que aqueles que são necessários com os parceiros secundários ou casuais.

O equilíbrio de decisão constitui outro conceito estudado no contexto dos comportamentos preventivos face ao VIH. De acordo com Grimley, Prochaska e Prochaska (1997), os “contras” para o uso de preservativos são sempre superiores aos “prós” nos indivíduos que se encontram no estágio de pré-contemplação, ao contrário do que acontece no estágio de manutenção. Adicionalmente, referem que os “contras” do uso do preservativo não diminuem significativamente com o movimento através dos estádios, sugerindo que esta diminuição menos marcada deve-se ao facto de se tratar de um comportamento de aquisição, em vez de um comportamento de cessação, pelo que é necessário um esforço contínuo para manter a mudança comportamental. As implicações para as intervenções deste padrão de prós e contras, são que os programas devem aumentar a percepção de benefícios face ao uso do preservativo (e.g., “Usar preservativo mostra que te preocupas com o parceiro”) para que sejam mais eficazes,

em vez de se focarem nas consequências negativas das infecções de DSTs ou da gravidez não planeada (Grimley, Prochaska & Prochaska, 1997).

Outro construto estudado no contexto do sexo seguro tem sido o de auto-eficácia. Estudos como o de Galavotti, Cabral, Lansky e col. (1995), proporcionam suporte empírico para o conceito, nomeadamente, neste estudo, os níveis de auto-eficácia aumentaram significativamente através dos estádios de mudança, da pré-contemplação para a manutenção, o que é consistente com as suposições do MT. Na revisão de Grimley e col. (1997), verifica-se que as mulheres possuem baixos níveis de confiança no uso de preservativos nas situações em que parceiro pode ficar aborrecido ou onde existe um potencial conflito, e elevados níveis de auto-eficácia na utilização de preservativos com os parceiros casuais em relação aos parceiros principais.

O MT tem sido usado como guia para as intervenções preventivas face ao VIH e noutros comportamentos problema (e.g., cancro cervical, comportamento contraceptivo). De acordo com Grimley e col. (1997), as intervenções com base no MT podem implicar o uso de sistemas inteligentes (intervenções informatizados baseadas nas respostas das pessoas aos questionários, que são cotados e interpretados pelo especialista) e as respostas implicam *feedback* sobre em que estágio o indivíduo se encontra, o equilíbrio de decisão em relação aos prós e contras, os processos de mudança que não estão a ser correctamente utilizados, e a auto-eficácia através de uma variedade de situações, especificando situações potencialmente problemáticas que necessitem de ser alvo de intervenção para prevenir a recaída. Os autores consideram estes sistemas inteligentes informatizados adequados ao estágio como um meio que pode proporcionar intervenções standardizadas, individualizadas e interactivas, e podendo alcançar uma elevada percentagem da população. Outras intervenções com base no estágio (desenhadas com base apenas no actual estágio de mudança da pessoa), foram realizadas com mulheres em elevado risco para o VIH pelo CDC (Cabral et al., 1996; cit. por Grimley et al., 1997), proporcionando aconselhamento (educação sobre a SIDA e saúde reprodutiva) para a mudança de estágio (Projecto CARES). Mais concretamente, as mulheres foram avaliadas relativamente à sua prontidão para a mudança pelos pares, que as ajudam a envolverem-se em processos de mudança com o objectivo de movimentá-las para o estágio de acção face ao uso do preservativo.

Podemos concluir que o MT, além do suporte empírico para os estádios, processos de mudança, e seus construtos, engloba a vantagem de informar intervenções

adequadas ao indivíduo, que permitem também obter elevadas taxas de participação, e simultaneamente possuem um impacto comunitário significativo.

Conclusões e Análise Crítica

A literatura indica que o MT e as suas componentes (estádios de mudança, processos de mudança, equilíbrio de decisão, auto-eficácia e tentação) operam de modo similar na área do VIH e noutros comportamentos problema. Por conseguinte, verifica-se um conjunto de vantagens e de desvantagens na aplicação do MT. No âmbito das vantagens, Bowen e Trotter II (1995; p. 246) consideram que existem dois benefícios centrais na aplicação do MT. Em primeiro lugar, é um instrumento ou marcador útil para compreender onde uma pessoa se encontra no processo de mudança, para que seja escolhida uma abordagem apropriada para a intervenção. Em segundo, o MT proporciona ao terapeuta alvos específicos para as estratégias de mudança comportamental. Também Grimley e col. (1997) referem que, contrariamente aos programas que apenas implementam estratégias orientadas para a acção, o MT considera a prontidão da pessoa para adoptar e manter o comportamento saudável. Adicionam que as intervenções com base na abordagem de estádios permitem combinar a intervenção clínica individualizada com elevadas taxas de participação, alcançando um segmento mais amplo da população do que as abordagens que assumem que todas as pessoas estão preparadas para a acção. Outra vantagem mencionada pelos autores prende-se com a conceptualização da mudança como um processo e não simplesmente como um resultado (usar preservativos pode ser visto como o resultado final de um processo com cinco fases). Especificamente, referem que a maior limitação dos programas tradicionais de mudança comportamental consiste no facto de se basearem num “paradigma de acção que vê o comportamento como um resultado que vai desde o nunca usar preservativos ao usar sempre, enquanto que o MT oferece uma conceptualização alternativa da estrutura da mudança, um paradigma de estádios, que define a mudança comportamental como um processo através de uma série de estádios” (Grimley et al., p. 61). Também Galavotti e col. (1995) consideram que o MT possui um conjunto de vantagens enquanto quadro conceptual e de avaliação da eficácia dos programas de prevenção do VIH, como o facto de proporcionar um modelo realista do processo de mudança do comportamento que pode ser usado para desenvolver medidas do impacto do programa. Adicionalmente, consideram que o MT proporciona um

quadro conceptual que integra construtos chave de outras teorias de uma forma que facilita o desenvolvimento e avaliação de componentes específicas da intervenção.

Numa revisão das desvantagens da aplicação do MT, Sutton (2000; p. 222) indica que: o MT não é especificado de modo adequado como um modelo teórico integrado e não pode ser testado como tal; também não existe especificação clara das relações causais entre os diferentes construtos, nem um modelo causal para cada estágio de transição, sendo este um pré-requisito para o desenvolvimento de intervenções adequadas aos estádios; é necessária mais atenção às medidas (a ausência de standardização das medidas, em particular dos construtos dos estádios de mudança, torna difícil reunir um corpo coerente de conhecimentos). Adicionalmente, Fisher e Fisher (2000), consideram que os construtos não são tão económicos como deveriam ser (e.g., os 11 processos de mudança), existindo conceitos idênticos aos de outras teorias de mudança do comportamento de saúde (e.g., os prós e os contras da mudança são semelhantes às crenças positivas e negativas da Teoria de Acção Racional de Fishbein, e o conceito de auto-eficácia é o mesmo que o de Bandura). Outro conjunto de limitações do MT referidas por Sutton (2000) encontram-se relacionadas com a metodologia de investigação e com a avaliação dos construtos, nomeadamente considera que o MT tem sido testado maioritariamente em estudos transversais (mais fáceis e menos dispendiosos) e muito pouco em estudos longitudinais e experimentais. Outros autores, como (e.g., Fisher & Fisher, 2000), também referem limitações na aplicação do MT, considerando que, por vezes, é difícil desenhar intervenções baseadas no MT e embora o MT considere determinados tipos de processos de mudança como mais apropriados para estádios de mudança particulares, não é claro como os elementos dos processos seriam escolhidos e operacionalizados no âmbito das intervenções de prevenção face ao VIH. Por fim, também não é claro como se aplica o MT nas intervenções baseadas em grupo (e.g., em escolas) onde existe um grande espectro de estádios de mudança.

Em suma, a noção de que a mudança comportamental envolve movimento através de uma sequência de estádios qualitativos é uma ideia importante e que merece atenção. Contudo, é necessário mais investigação do MT em estudos longitudinais e experimentais.

2.2 Modelos Específicos de Mudança do Comportamento Sexual de Risco

“Theoretical frameworks developed in the context of HIV risk reduction, such as the AIDS Risk Reduction Model (Catania, Kegeles, & Coates, 1990) and the Information-Motivation-Behavior Model (Fisher & Fisher, 1992) recognizes that successful behavior change requires both motivation and skills.” (O’Leary, DiClemente, & Aral, 1997; p. 6)

2.2.1 O Modelo de Informação–Motivação–Competências Comportamentais

Fisher e Fisher (1992), numa tentativa de integrar a literatura de redução do risco face à SIDA, combinaram elementos do MCS, TAR e da Teoria Sócio-Cognitiva (TSC), propondo um modelo social e psicológico dos determinantes de mudança do comportamento de risco para a SIDA, que designaram por Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais (MIMCC) (Fisher & Fisher, 1993). Desde a sua publicação inicial no *Psychological Bulletin* em 1992, o MIMCC tem sido testado no contexto da prevenção do VIH com diversas populações e tem recebido apoio da investigação na prevenção do VIH e outros comportamentos de saúde (Fisher & Fisher, 1992, 1993, 2000, 2002).

Segundo o MIMCC, a mudança do comportamento de risco face à SIDA é conceptualizada considerando que existem três determinantes da redução do risco para a SIDA: a informação de redução do risco face à SIDA, a motivação e as competências comportamentais (Figura 7). Em relação às suposições do MIMCC, o modelo defende que “a redução do risco para a SIDA depende da informação que as pessoas possuem sobre a transmissão e prevenção do VIH, da sua motivação para reduzir o risco face ao VIH, e das suas competências comportamentais para realizar actos específicos envolvidos na redução do risco” (Fisher & Fisher, 1992; p. 455). Assim, os indivíduos terão maior probabilidade de iniciar e manter padrões de comportamento preventivo face ao VIH quanto mais estiverem informados, motivados para agir e maiores competências comportamentais possuírem para a prática. O modelo também especifica um conjunto de relações entre estes construtos e métodos para aplicar esta conceptualização no desenho das intervenções de prevenção do VIH (Fisher & Fisher, 1993).

A informação relativa à transmissão da SIDA e métodos de prevenção é um pré-requisito do comportamento de redução do risco (Fisher & Fisher, 1992). Como já

referido nas limitações dos modelos previamente revistos, a informação sobre a SIDA é uma condição necessária mas não suficiente para a redução do risco face à SIDA. A informação de prevenção relativa ao VIH deve ser relevante para o comportamento em questão (Fisher & Fisher, 1993) e incluir dois tipos de informação necessária para que a prevenção ocorra, nomeadamente, conhecimento relativo à transmissão do VIH (e.g., “A relação anal é menos segura do que o sexo oral”) e sobre a prevenção do VIH (e.g., “O uso consistente e correcto do preservativo pode prevenir o VIH”), colocando de parte informação irrelevante do ponto de vista comportamental (e.g., informação sobre as células T).

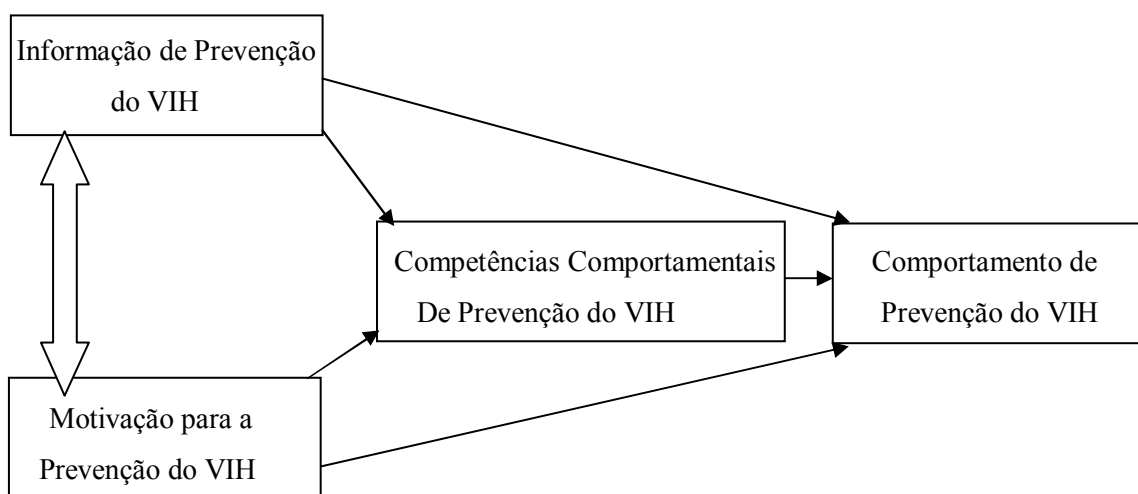


Figura 7. Os três determinantes fundamentais da prevenção do VIH/SIDA (adaptado para o Português de Fisher & Fisher, 1992; p. 465).

O modelo também reconhece processos cognitivos adicionais que influenciam de modo significativo a realização de determinado comportamento. De acordo com Misovich, Fisher e Fisher (1996), os estudantes universitários possuem crenças de que o simples facto de conhecer o parceiro torna o sexo seguro desnecessário, o que constituem heurísticas da prevenção do VIH (simples regras de decisão que permitem decisões automáticas e sem esforço cognitivo sobre realizar ou não o comportamento preventivo; e.g., “o sexo monogâmico é sexo seguro” e que “parceiros conhecidos são seguros”). Estas crenças são comuns e encontram-se correlacionadas de modo significativo e negativo com os níveis de comportamentos preventivos face à SIDA e intenções comportamentais, em particular na população feminina. Podemos concluir que a adopção destas heurísticas está negativamente relacionada com as práticas

preventivas face ao VIH, pois o melhor conhecimento que se pode ter do parceiro é relativo ao seu estatuto de VIH e não de outras informações subjectivas. De facto, as pessoas utilizam teorias implícitas para avaliarem o risco potencial do parceiro para o VIH, considerando características externas como a roupa, personalidade, entre outras (Misovich, Fisher, & Fisher, 1996).

Em relação à motivação para modificar o comportamento de risco face à SIDA, o modelo considera que se trata de um segundo determinante da prevenção da SIDA e que influencia a decisão de agir face ao conhecimento que se possui sobre a transmissão e prevenção do VIH. Para além da informação, os indivíduos devem estar motivados para transformar o seu conhecimento em acção, pelo que se deve considerar os factores que afectam a motivação para a prevenção do VIH (Fisher & Fisher, 1992). Neste âmbito, os autores vão utilizar construtos da TCP e do MCS. Assim, existem dois determinantes principais da motivação para mudar o comportamento sexual de risco (Fisher & Fisher, 1993; p. 131): a motivação pessoal para praticar comportamentos preventivos (e.g., atitudes pessoais face aos comportamentos preventivos) e a motivação social para a prevenção (e.g., normas sociais relevantes para a prevenção ou suporte social para a realização dos comportamentos), elementos da TCP. Consideram-se também alguns elementos do MCS (e.g., percepções de vulnerabilidade pessoal face à infecção pelo VIH, custos e benefícios; etc.). Os autores do modelo consideram ainda que na avaliação das intervenções devem ser utilizados os indicadores dos construtos relevantes da TCP.

A componente de competências comportamentais para iniciar e manter a mudança do comportamento constitui o terceiro determinante da prevenção face ao VIH, permitindo determinar se os indivíduos bem informados e motivados serão capazes de praticar eficazmente a prevenção face à SIDA. O modelo assume que certas competências comportamentais (e.g., a capacidade de comunicar, de ser assertiva com um potencial parceiro sexual) são essenciais para a prática da prevenção da SIDA, nomeadamente, Fisher e Fisher (1992; p. 468) consideram que para que seja possível o envolvimento na prevenção é necessário a aceitação da própria sexualidade, possuir as competências para obter informação correcta sobre a prevenção da SIDA, capacidade de negociar a prevenção do VIH com o parceiro, capacidade de sair de uma situação na qual o sexo seguro não pode ser negociado, ser capaz de se envolver em comportamentos públicos de prevenção (compra de preservativos, teste ao VIH), manter uma prevenção consistente do VIH e ser capaz de se reforçar a si e ao seu parceiro pelas

práticas sexuais seguras. Para além das competências, os autores consideram que a auto-eficácia ou crença na capacidade de realizar estes comportamentos sexuais seguros também é necessária para a prática eficaz da prevenção. O modelo ainda assume que podem existir competências comportamentais específicas que são importantes em grupos diferenciados (e.g., diferença de poder entre géneros na população hispânica; Fisher & Fisher, 1993).

Adicionalmente, o MIMCC assume que a informação e a motivação para a prevenção do VIH trabalham através das competências comportamentais para influenciar o comportamento preventivo face ao VIH ou para afectar a mudança comportamental (Fisher & Fisher, 1992, 1993; ver Figura 7). Assim, a informação e a motivação activam as competências comportamentais que são usadas para iniciar e manter os padrões do comportamento preventivo. O modelo também especifica que a informação e a motivação face à redução do risco podem ter efeitos directos no comportamento preventivo nas situações em que não são necessárias competências comportamentais novas e complexas (Fisher & Fisher, 1992, 2000; e.g., dar informação sobre os benefícios da prevenção do VIH pelo teste pré-natal de anticorpos a uma grávida que concorda em o realizar). Por sua vez, a motivação também pode ter um efeito directo no comportamento. Isto acontece quando, por exemplo, uma pessoa motivada mantém um padrão de abstinência sexual, que não requer competências comportamentais sofisticadas, opondo-se a ser sexualmente activa, que requer a negociação do uso do preservativo (Fisher, Fisher, Williams, & Malloy, 1994). Por fim, o MIMCC refere que a informação e a motivação são considerados construtos independentes, ou seja, os indivíduos bem informados não são necessariamente motivados e aqueles que são motivados nem sempre estão bem informados sobre a prevenção (Fisher & Fisher, 1992; Fisher et al., 1994). Os construtos e relações do MIMCC encontram-se exemplificados na Figura 7.

Os construtos do modelo (a informação, motivação e competências comportamentais) são considerados determinantes do comportamento preventivo face ao VIH em várias populações e comportamentos preventivos (Fisher & Fisher, 1992, 1993, 2000, 2002). Contudo, os autores assumem que estes construtos devem possuir um conteúdo relevante para as necessidades de prevenção de determinadas populações e práticas preventivas. Por esta razão, no MIMCC presume-se que a informação, a motivação e competências comportamentais relativas à prevenção do VIH sejam relevantes para compreender e promover a prevenção nas mulheres (em comparação

com os homens), e em populações com diferentes orientações sexuais (homossexuais vs. heterossexuais). O modelo também supõe que alguns factores causais específicos no MIMCC e relações causais entre eles, poderão ser determinantes mais poderosos para determinadas populações e para comportamentos preventivos face à SIDA (Fisher & Fisher, 1992, 1993, 2000).

Para além de identificar os determinantes da redução do risco face à SIDA, o MIMCC também especifica um conjunto de operações para compreender e promover a prevenção do VIH. A aplicação do modelo à prática implica três passos: elicitación, intervenção e avaliação (Fisher & Fisher, 1992, 1993). Fisher e Fisher (2002) exemplificam a abordagem do modelo na promoção do comportamento preventivo do VIH (ver Figura 8). O primeiro passo envolve a *elicitation research* realizada com uma subamostra de uma população de interesse, com o objectivo de identificar de modo empírico o nível de conhecimento de redução do risco face ao SIDA, os factores que determinam a motivação da população para reduzir o risco, e as competências comportamentais que a população possui face à prevenção do SIDA. Para alcançar este primeiro passo sugerem técnicas de recolha de informação de tipo aberto (*open-ended data*) como, por exemplo, questionários de respostas abertas ou *focus groups* (os indivíduos discutem as suas crenças sobre a transmissão e prevenção do SIDA). No segundo passo, com base na informação sobre a população específica, torna-se necessário criar intervenções apropriadas à população para produzir mudanças no conhecimento, motivação e competências comportamentais no âmbito da prevenção do VIH, e em última análise no comportamento preventivo face ao VIH. O terceiro passo no processo de mudança do comportamento de risco face ao VIH implica a realização de investigação de avaliação adequada do ponto de vista metodológico, com o objectivo de determinar se a intervenção produziu mudanças a curto ou longo prazo nos determinantes do comportamento preventivo do VIH (informação, motivação e competências comportamentais) e no comportamento preventivo face ao VIH.

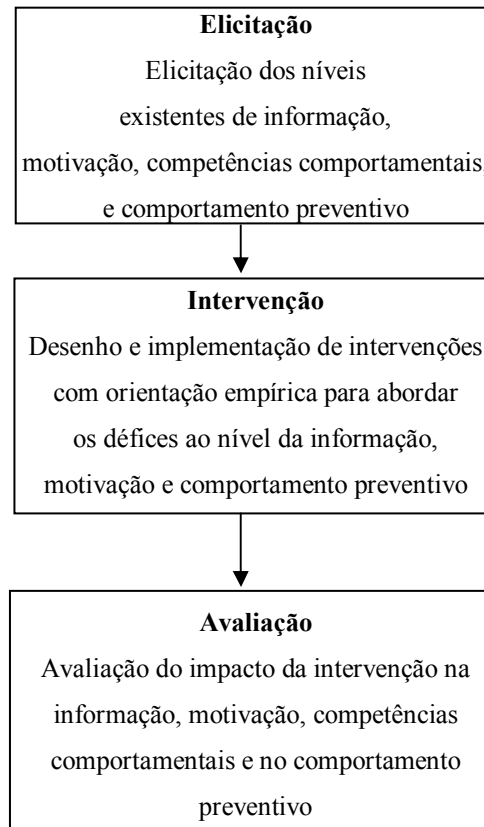


Figura 8. A abordagem do modelo na promoção do comportamento preventivo (adaptado para o Português de Fisher & Fisher, 2002; p. 49)

Em conclusão, verifica-se que a aplicação prática do MIMCC baseia-se na sua capacidade para compreender o risco face ao VIH e também no âmbito da prevenção do VIH. O modelo tem sido usado como quadro conceptual para o comportamento de risco face ao VIH por Misovich, Fisher e Fisher (1997), que encontraram evidência de níveis mais elevados de comportamento de risco face ao VIH nos indivíduos que se encontram em relações estáveis. Também Carey, Carey e Kalichman (1997) introduziram e modificaram o MIMCC para organizar os possíveis determinantes do comportamento de risco face ao VIH em populações com doença mental severa, encorajando o uso do modelo de Fisher e Fisher (1992) no desenho de estudos de redução do risco comportamental. No seguimento deste estudo, Carey, Carey, Weinhardt e Gordon (1997) utilizaram o MIMCC para estudar os hipotéticos antecedentes psicológicos do comportamento de risco face ao VIH nos adultos com doença mental, medindo o conhecimento, a motivação para a redução do risco e a auto-eficácia relativa à redução do risco. Outro exemplo da aplicação do MIMCC para criar e avaliar intervenções de

prevenção do VIH/DSTs pode ser encontrado no estudo de Fisher (1997) no âmbito da redução do risco para as DSTs.

Além da aplicação à prática, também foram desenvolvidas e validadas medidas estandardizadas dos construtos do MIMCC, nomeadamente, medidas de informação, motivação e competências comportamentais (Fisher et al., 1994). Por exemplo, Misovich, Fisher e Fisher (1996) avaliaram até que ponto a crença dos estudantes universitários de que conhecer bem o parceiro elimina a necessidade de praticar sexo seguro e também mediram a relação entre tais crenças e a realização das práticas sexuais seguras necessárias, tais como o uso do preservativo nas relações sexuais.

Suporte Empírico do MIMCC

O suporte empírico para as suposições do MIMCC tem sido proporcionado pelos testes empíricos do MIMCC no âmbito do comportamento preventivo face ao VIH na população homossexual e em estudantes universitários heterossexuais (Fisher, Fisher, Williams et al., 1994), e através da aplicação do MIMCC para examinar os determinantes do comportamento de risco para a SIDA na população adolescente sexualmente activa (Fisher, Williams, Fisher, & Maloy, 1999). Adicionalmente, o MIMCC, enquanto modelo de mudança do comportamento de risco, tem sido confirmado pela investigação experimental que avalia intervenções com base no modelo, demonstrando aumento na informação, motivação e competências comportamentais face à redução do risco para o VIH na população feminina (Carey, Maisto, Kalichman et al., 1997), na população masculina (Kalichman et al., 1999) e em populações mistas com doença mental (Weinhardt, Carey, & Carey, 1997).

Um conjunto de estudos providencia suporte empírico ao MIMCC. Mais concretamente, a investigação apoia as suposições do modelo em relação aos três determinantes do comportamento preventivo face ao VIH. Neste âmbito, um estudo inicial de Fisher e colaboradores (1994) usou *structural equation modeling* para testar empiricamente as suposições do modelo relativas aos determinantes do comportamento preventivo face ao VIH numa amostra de homossexuais (estudo 1, n=91) e de estudantes universitários heterossexuais (estudo 2, n=174). Os resultados desta investigação proporcionaram suporte para o MIMCC do comportamento preventivo face à SIDA em ambas as populações de risco. De facto, os resultados confirmam a preposição central do modelo de que a informação e a motivação trabalham através das competências comportamentais para afectar o comportamento preventivo e indicam que

os componentes do modelo podem explicar uma proporção significativa da variância (35% nos homossexuais e 10% nos heterossexuais). Os resultados de ambos os estudos são, por isso, consistentes com o MIMCC. Por exemplo, no estudo 1, a informação e a motivação tiveram efeitos nas competências comportamentais, e as competências comportamentais, por sua vez, afectaram o comportamento preventivo face ao VIH. Os autores concluem que as dimensões de informação, motivação, e competências comportamentais de prevenção da SIDA constituem determinantes importantes do comportamento preventivo face à SIDA e para os esforços de prevenção, verificando que estes factores trabalham todos juntos para afectar o comportamento preventivo face ao VIH. A confirmar os resultados do estudo anterior, Fisher, Williams, Fisher e Maloy (1999) também realizaram um teste empírico do MIMCC para compreender o comportamento de risco para a SIDA nos adolescentes sexualmente activos pertencentes a minorias (N=148). Os resultados do *structural equation modeling* demonstraram que o MIMCC se adequava e que os construtos do modelo explicavam 46%-75% da variância no comportamento de risco face à SIDA nos adolescentes. Existiram variações de género nas relações observadas entre os construtos do modelo: para os adolescentes masculinos a motivação para a prevenção da SIDA estava directamente associada com o comportamento preventivo, enquanto que nas adolescentes femininas a motivação de prevenção da SIDA funcionava através das competências comportamentais para afectar o comportamento preventivo indirectamente.

Resumindo, estes estudos (Fisher et al., 1994; Fisher et al., 1999) proporcionam suporte empírico considerável para a validade do MIMCC na explicação do comportamento de risco para a SIDA e em grupos tão diversos como homossexuais, estudantes universitários heterossexuais, e populações masculinas e femininas de adolescentes pertencentes a minorias.

As relações observadas nos vários estudos empíricos das relações do MIMCC permitem tirar as seguintes conclusões (Fisher & Fisher, 2000; p. 42):

(a) As preposições centrais do MIMCC são consistentemente apoiadas e os resultados da investigação estão de acordo com a suposição de que a informação de prevenção do VIH e a motivação para a prevenção do VIH estimulam a aplicação das competências comportamentais de prevenção do VIH para que o comportamento de prevenção seja realizado;

(b) Muitas vezes existe uma ligação directa entre a motivação para a prevenção do VIH e o comportamento preventivo face ao VIH, de acordo com a suposição do

modelo de que a motivação pode influenciar directamente a prática dos comportamentos preventivos que não são novos ou complexos;

(c) Os construtos do MIMCC geralmente explicam uma proporção substancial da variância no comportamento preventivo face ao VIH.

Em relação às críticas, a revisão da literatura menciona que a informação parece ser um contributo instável para a predição do comportamento preventivo face ao VIH (Fisher et al., 1999) e os construtos de informação e motivação da prevenção do VIH parecem ser construtos correlacionados.

Em relação à mudança de comportamento de redução do risco face ao VIH, a investigação relacionada com a intervenção com base no MIMCC demonstrou a utilidade desta abordagem, pela verificação de mudanças significativas na informação, motivação, competências comportamentais de prevenção do VIH e no comportamento, tal como a manutenção destas mesmas mudanças. Por exemplo, o estudo de Carey, Maisto, Kalichman, Forsyth, Wright e Johnson (1997) avaliou uma intervenção de redução do risco face ao VIH com base no MIMCC numa amostra de mulheres afro-americanas de baixo rendimento provenientes da cidade (N=102). A intervenção baseada no MIMCC focou-se na educação face à transmissão e prevenção do VIH, no aumento da motivação para praticar o comportamento preventivo face ao VIH e no desenvolvimento de competências comportamentais de prevenção do VIH. Estas componentes foram aplicadas em 4 sessões de 90 minutos. Os resultados indicaram que as mulheres submetidas ao tratamento aumentaram o seu conhecimento e percepção de risco, reforçaram as suas intenções para adoptarem práticas de sexo seguro, comunicaram as suas intenções com os seus parceiros, reduziram o uso de substâncias próximo às práticas sexuais e envolveram-se em menos relações sexuais vaginais, sendo que estes resultados foram observados após a intervenção e mantidos no seguimento de 3 meses. Assim, os resultados demonstraram que a intervenção teve um impacto significativo na informação, motivação, e competências comportamentais de redução do risco face ao VIH e no comportamento de risco para o VIH.

Outros estudos evidenciam o suporte empírico do modelo na sua componente de intervenção com outras populações. Por exemplo, St. Lawrence, Brasfield, Jefferson e col. (1995) verificaram a eficácia da aplicação do MIMCC numa intervenção dirigida a adolescentes afro-americanos (N=246). Mais concretamente, os resultados indicaram que os jovens que possuíam a informação e as competências específicas (submetidos à intervenção de informação mais treino de competências no uso do preservativo,

competências sociais e treino de competências cognitivas) baixaram o seu risco, mantiveram as mudanças de redução do risco, e adiaram o início da actividade sexual mais do que os adolescentes que apenas receberam informação (programa informativo). Deste modo, os resultados proporcionam apoio para o modelo de Fisher e Fisher (1992), sugerindo que as intervenções eficazes devem ter em atenção simultaneamente as competências informativas, motivacionais e comportamentais. Weinhardt, Carey e Carey (1997) encontraram resultados semelhantes numa população de mulheres e homens com doença mental. A intervenção de seis sessões de uma hora (informação sobre a transmissão e mitos sobre o VIH; com vista a influenciar a percepção de risco; demonstração do uso correcto do preservativo; role-play da negociação do uso do preservativo) e a avaliação foram baseadas no MIMCC do comportamento preventivo face ao VIH (informação; motivação; competências comportamentais e comportamento de risco). Os resultados indicaram que esta intervenção resultou num aumento do conhecimento face ao VIH, maiores competências na negociação do uso do preservativo e na auto-eficácia para o uso do preservativo, e uma modesta diminuição do comportamento de risco nos participantes. Em suma, em ambos os estudos verificou-se aumento da informação, da motivação, das competências comportamentais de prevenção do VIH e aumento do comportamento preventivo.

Em conclusão, a investigação tem demonstrado a eficácia da inclusão dos elementos de informação, motivação e competências comportamentais nas intervenções de mudança de comportamento de risco face ao VIH (Fisher et al., 1994; Fisher et al., 1999).

Conclusões e Análise Crítica

Os resultados dos estudos sobre o MIMCC sugerem que o modelo possui certas características que o distinguem dos outros que têm sido usados para compreender o comportamento preventivo face à SIDA, como a Teoria Sócio-Cognitiva, o MCS, a TAR, entre outros. De acordo com Fisher e colaboradores (1994), o MIMCC tem recebido suporte empírico consistente no contexto de prevenção da SIDA pelo facto de ser relativamente compreensível, bem especificado e económico, possuindo adicionalmente capacidade de generalização nas várias populações que se envolvem em comportamentos de risco face ao VIH. Os autores referem ainda que o MIMCC tem mostrado grande facilidade na sua aplicação às intervenções de redução do risco que possuem como alvo défices específicos de informação, motivação e competências

comportamentais, e que a investigação tem sido bem sucedida ao usar o modelo e os seus procedimentos na avaliação das intervenções.

Assim, a análise crítica do MIMCC indica que este proporciona um conjunto de vantagens na sua aplicação. Em primeiro lugar, proporciona uma abordagem conceptual que permite compreender os determinantes do comportamento preventivo face ao VIH. As suposições do modelo em relação aos determinantes do comportamento preventivo face ao VIH têm sido confirmadas de modo consistente na investigação e os construtos do modelo explicam uma proporção substancial da variância no comportamento preventivo face ao VIH (Fisher et al., 1994; Fisher et al., 1999). O suporte empírico foi confirmado em várias intervenções com diferentes populações, desde mulheres afro-americanas de baixo rendimento provenientes da cidade a adolescentes afro-americanos (Carey, Maisto, Kalishman, et al., 1999; St. Lawrence, Brasfield, Jefferson, et al., 1995), à população homossexual (Fisher, Kimble, Misovich, & Weinstein, 1998) e em populações mistas com doença mental (Weinhardt, Carey, & Carey, 1997).

Apesar do seu suporte empírico, os próprios autores apresentam críticas ao MIMCC. Fisher e Fisher (2002; p. 63) consideram as seguintes limitações: (a) o aparecimento relativamente recente do modelo (1992) implica que as áreas de investigação baseadas no MIMCC são escassas; (b) os estudos prospectivos dos determinantes do comportamento preventivo face ao VIH são menos frequentes do que os estudos transversais; (c) a pesquisa sobre a intervenção experimental permanece limitada (Carey, Maisto, Kalishman, et al., 1997); e (d) a grande maioria da investigação realizada no domínio do MIMCC encontra-se em curso ou a ser submetida para publicação.

Ao nível conceptual, a revisão da literatura levanta questões sobre o papel do construto *informação* pertencente ao modelo. De acordo com a revisão de Fisher e Fisher (2002), este construto parece ter um contributo inconsistente nos vários estudos em relação à predição do comportamento preventivo. Mais concretamente, o MIMCC especifica situações em que a informação pode contribuir para o comportamento preventivo face ao VIH (e.g., no início das epidemias) e quando não se espera tal contribuição (e.g., mais tarde nas epidemias) (Fisher & Fisher, 1992, 2000, 2002). A revisão da literatura indica que são necessários mais estudos empíricos sobre o papel da informação na estimulação do desenvolvimento e aplicação das competências comportamentais, e como determinante directo do comportamento preventivo face ao VIH.

Outra crítica centra-se no facto de a análise do modelo levantar questões relativas à relação dos construtos *informação* e *motivação*, que por vezes são independentes e outras vezes não. A título de exemplo os autores do modelo questionam a lógica de que as pessoas bem informadas estão motivadas para praticar a prevenção e vice-versa (Fisher & Fisher, 1992, 2000, 2002).

Em suma, os resultados dos estudos indicam que a informação, a motivação e as competências comportamentais de prevenção do VIH constituem determinantes importantes do comportamento preventivo face ao VIH e que estes factores trabalham em conjunto de uma forma particular e generalizável para afectar o comportamento de prevenção face à SIDA, pelo que pode ser útil tentar de forma simultânea modificar a informação, motivação e competências comportamentais de redução do risco para a SIDA em relação a determinados comportamentos alvo (e.g., uso consistente do preservativo) (Fisher et al., 1994).

2.2.2 O Modelo de Redução do Risco da SIDA

O Modelo de Redução do Risco da SIDA (MRRS; Catania, Kegeles, & Coates, 1990) surgiu da necessidade de compreender o comportamento de risco e de organizar os modelos psicológicos de tomada de decisão num quadro teórico desenvolvido para explicar o comportamento preventivo face ao VIH. O quadro geral do MRRS é derivado dos modelos anteriores relativos à resolução de problemas sócio-psicológicos, integrando elementos do Modelo de Crenças de Saúde (Janz & Becker, 1984), da Teoria Sócio-Cognitiva (Bandura, 1994), e influências emocionais e processos interpessoais (Catania, Kegeles, & Coates, 1990). Mais concretamente, de acordo com Catania e col. (1990; p. 55), o MRRS “é um instrumento heurístico cujo objectivo é facilitar a organização conceptual da investigação sobre a mudança de comportamento, e o desenvolvimento e avaliação da intervenção”.

Catania e col. (1990) consideram importante examinar o processo de mudança, uma vez que o MRRS é um modelo de estádios de mudança comportamental, pois assume, tal como o Modelo Transteórico (MT), que a mudança é um processo pelo qual os indivíduos devem passar e que neste processo existem diferentes factores que afectam o movimento através de diferentes estádios do processo. No geral, o MRRS enfatiza o objectivo de compreender porque é que as pessoas falham na progressão no processo de mudança (Catania et al., 1990). Assim, para o MRRS a mudança é um

processo caracterizado por vários estádios (o alcançar de cada estágio pode ser visto como um resultado positivo), contrastando com os modelos anteriores que vêem a mudança comportamental como único resultado importante da tentativa de mudança comportamental. O progresso é considerado através de estádios de mudança e como um importante resultado de esforços de intervenção. De acordo com os autores do MRRS, as abordagens teóricas passadas possuem algumas limitações, nomeadamente falham ao não considerarem a importância do papel desempenhado por alguns factores psicossociais (e.g., crenças de susceptibilidade) em estádios do processo de mudança que antecedem a acção (e.g., classificação), considerando que estes factores podem não influenciar os resultados comportamentais mais distantes do processo de mudança. Por esta razão, os estudos prévios proporcionam uma imagem inconsistente das relações do conhecimento, crenças, emoções aversivas, e normas sociais com os comportamentos de risco. Ainda no âmbito da progressão por estádios, os autores consideram que o modelo enfatiza o objectivo de compreender porque é que as pessoas falham na progressão no processo de mudança, sendo necessário compreender quais as condições que influenciam os resultados dos vários estádios do processo de mudança. Este facto é importante no sentido de identificar estratégias de intervenção que facilitam o movimento em relação à mudança para as pessoas em diferentes pontos no processo.

O MRRS assume que para evitar o comportamento de risco face ao VIH, o indivíduo deve passar por três estádios (ver Figura 9). O MRRS utiliza o termo estágio para caracterizar os três estádios de classificação, compromisso e acção no processo de modificar o comportamento face ao uso do preservativo. Ao contrário das teorias clássicas de estádios estes estádios não são invariáveis, unidireccionais ou irreversíveis (e.g., o indivíduo pode classificar o comportamento de risco para o VIH como problemático, depois considerar que existem elevados custos no comportamento seguro, e mais tarde decidir que o seu comportamento afinal não é problemático), e indicam que diferentes variáveis psicossociais podem ser mais influentes em diferentes momentos no processo de mudança do comportamento (Sheeran et al., 1999).

Nos estádios, em primeiro lugar, o modelo considera que o sujeito (1) reconhece e classifica os seus comportamentos sexuais como de elevado risco para a aquisição do VIH. Posteriormente, o segundo passo implica o (2) estabelecer um compromisso para reduzir os contactos sexuais de elevado risco face ao VIH e de aumentar o comportamento seguro. Compromisso significa decidir se o comportamento pode ser modificado e se os benefícios são superiores aos custos, um aspecto comum ao MCS.

No último e terceiro momento, o sujeito deve (3) procurar e aplicar estratégias (agir) para alcançar a mudança no comportamento de risco face ao VIH.

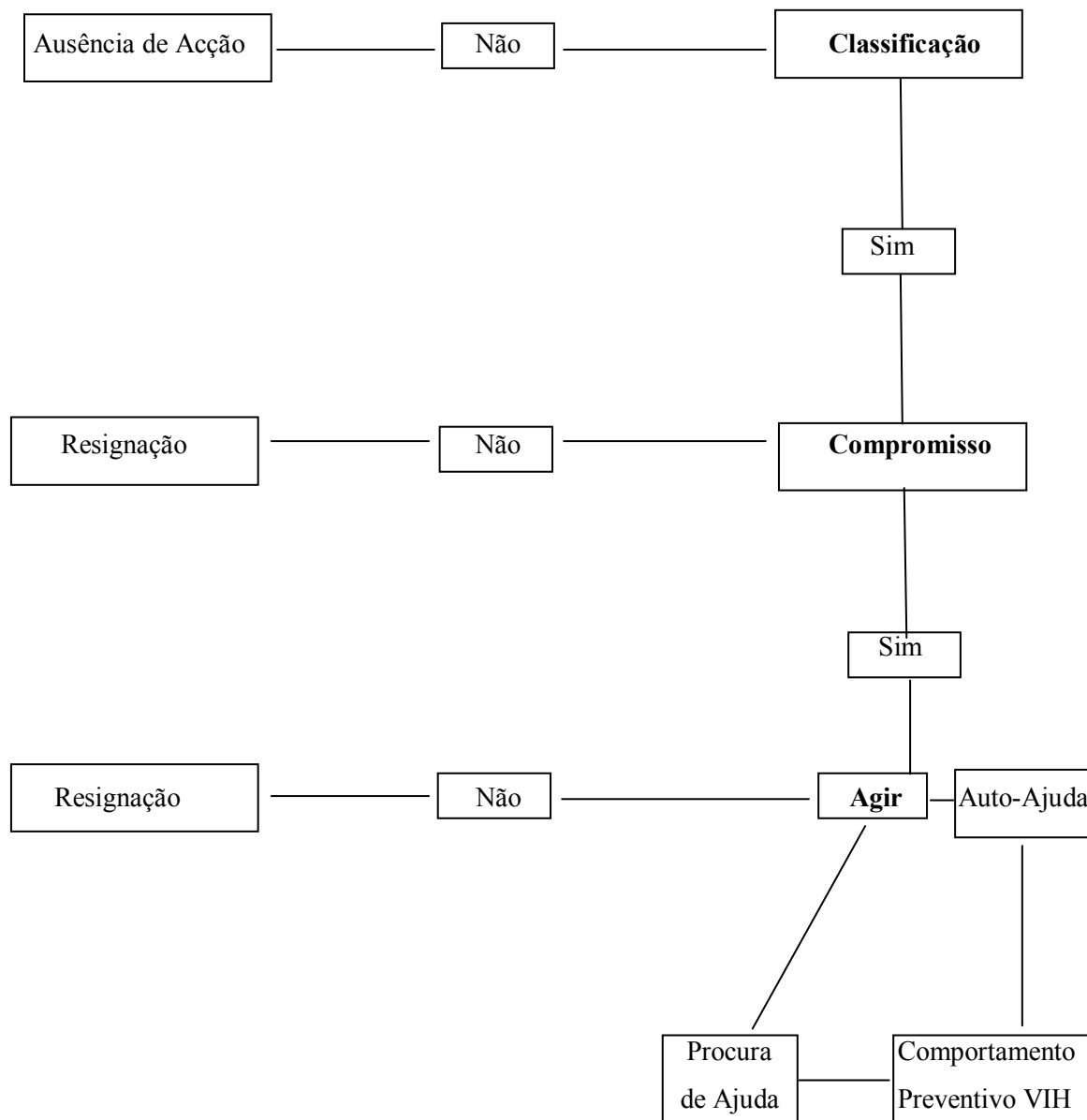


Figura 9. Esquema dos estádios do Modelo de Redução de Risco da SIDA (adaptado para o Português de Catania, Kegeles & Coates, 1990; p. 54).

Em seguida serão desenvolvidos os estádios do modelo e factores importantes para alcançar o próximo estágio, aplicados ao uso do preservativo. O estágio de classificação envolve o despertar da atenção para o risco da SIDA e o reconhecimento de que o próprio comportamento sexual pode colocar a pessoa em risco para a infecção

pelo VIH (Sheeran et al., 1999). Um conjunto de variáveis operacionalizam o processo no estágio de classificação do comportamento sexual como sendo problemático (Catania et al., 1990; Sheeran et al., 1999), nomeadamente, o conhecimento de actividades sexuais associadas com a transmissão do VIH (informação relativa às actividades sexuais associadas com a transmissão e estratégias de prevenção – o MRRS hipotetiza que o conhecimento dos factores de risco envolvidos na transmissão do VIH é necessário para determinar o risco pessoal, e desenvolver percepções de susceptibilidade pessoal à infecção). Outras variáveis consideradas neste estágio incluem variáveis do MCS como a percepção de susceptibilidade pessoal face ao VIH (acreditar que se está em risco de infecção pelo VIH) e a percepção de severidade (acreditar que as consequências da infecção seriam sérias). Consideram ainda outras variáveis como acreditar que a SIDA é indesejável, a preocupação ou medo sobre a SIDA, o comportamento sexual de risco passado (e.g., número de parceiros sexuais, frequência de relações sexuais e idade da primeira relação sexual), e as pistas para acção (e.g., a educação para o VIH/SIDA nas escolas, estar atento às campanhas relacionadas com o VIH/SIDA nos *media*, conhecer uma pessoa que é seropositiva, ter sido previamente diagnosticada com uma DST, e ter sido testada para o VIH). Assim, quando estas condições se encontram presentes (e.g., possuir informação apropriada sobre o VIH, sua transmissão e prevenção) é hipotetizado pelo MRRS que os indivíduos classificam o seu comportamento como problemático. Esta classificação também pode ser afectada pelas normas do parceiro sexual, normas da rede social, por um conjunto de emoções como o medo, por atitudes de negação e evitamento, e por normas sociais mais abrangentes (Catania et al., 1990). Em suma, o primeiro estágio implica a percepção do problema que é influenciada pelo conhecimento sobre a transmissão do VIH, pela susceptibilidade percebida e pelas redes e normas sociais.

Depois do indivíduo classificar o seu comportamento como problemático, pode avançar e estabelecer um compromisso para a mudança, ou seja, o segundo estágio do MRRS reflecte a abordagem de tomada de decisão que envolve o alcançar de uma decisão firme para realizar mudanças comportamentais e um compromisso forte para com a decisão. Em contraste, o indivíduo pode permanecer indeciso, esperar que o problema seja resolvido ou resignar-se (Catania et al., 1990). Assim, este segundo estágio envolve um processo de tomada de decisão que deve culminar num compromisso firme para usar preservativo durante a relação sexual (Sheeran et al., 1999). Urge, por conseguinte, a questão: como é que são efectuadas estas decisões de

compromisso? De acordo com Catania e colaboradores (1990; p. 60), o que influencia o compromisso para modificar as actividades sexuais de elevado risco é a percepção dos custos e dos benefícios de modificar os comportamentos de risco, e as crenças relativas à própria capacidade de realizar as mudanças apropriadas. Os autores do modelo consideram ainda outros factores que afectam a percepção de custos e benefícios, e consequentemente o compromisso para a mudança, nomeadamente, a eficácia da resposta (eficácia percebida da mudança comportamental) e a percepção de prazer dos actos adicionados ou eliminados, a auto-eficácia ou a percepção de que se pode realizar eficazmente a mudança para o comportamento sexual seguro, influências do conhecimento e a influência social no compromisso.

Os factores anteriormente mencionados afectam a percepção de custos e benefícios (e.g., a auto-eficácia), e o compromisso para a mudança (Catania et al., 1990). Em relação ao comportamento sexual, a hipótese do custo-benefício pode ser especificada para incluir a percepção de eficácia dos comportamentos na redução de consequências de saúde negativas (eficácia da resposta) e o prazer associado de cada comportamento. Quando a eficácia da resposta é percebida como elevada, os comportamentos seguros são percebidos como eficazes na prevenção do VIH, os benefícios percebidos são maiores e o compromisso para a mudança comportamental deveria ser mais elevado. Em relação ao prazer, quando os comportamentos sexuais de elevado risco são percebidos como altamente prazerosos e as actividades de baixo risco são vistas como menos prazerosas, os indivíduos podem ter menor probabilidade de estabelecer um compromisso para substituir os comportamentos sexuais de elevado risco pelas práticas de baixo risco. Assim, os comportamentos a serem eliminados ou substituídos representam perda de prazer, os custos percebidos aumentam e o compromisso será menor. A auto-eficácia também é importante, porque para que a mudança comportamental ocorra é insuficiente acreditar que alguns comportamentos sexuais são divertidos e que reduzem o risco da infecção face ao VIH, pois as pessoas devem também acreditar nas suas próprias capacidades para reduzir o risco elevado e aumentar os comportamentos de baixo risco (Catania et al., 1990). Por outras palavras, quanto mais o indivíduo acreditar que se pode ter comportamentos seguros (auto-eficácia) e obter resultados positivos (protecção da infecção sem implicação para a relação), os benefícios percebidos dos comportamentos seguros aumentam, tal como o compromisso para a mudança.

Os autores do modelo consideram ainda o papel do conhecimento e das influências sociais no compromisso. Mais concretamente, consideram que o conhecimento do facto de determinadas práticas sexuais serem salutar e prazerosas pode ter impacto nas considerações de custo-benefício e, por conseguinte, no compromisso para a mudança. Do mesmo modo, os factores sociais como o suporte social e as normas do grupo de referência, podem também possuir uma influência considerável nas avaliações custo-benefício e nas crenças de auto-eficácia. Nos factores informativos e sociais normativos, o conhecimento de possíveis benefícios para a saúde e outros resultados positivos de comportamentos seguros (e.g., prevenir o VIH), podem afectar a percepção da proporção custo/benefício da prevenção e o compromisso para mudar. Neste âmbito, verifica-se que a influência social (normas de grupo, conformidade, obediência, modelagem, comparação social, etc.) pode ter efeitos importantes no comportamento, afectando os níveis de conhecimento sobre a SIDA, o risco face à SIDA e a prevenção de comportamentos (Fisher, 1988).

De acordo com Sheeran e col. (1999), o estágio de compromisso é determinado pela percepção de eficácia do uso do preservativo, o uso prévio de pílula, a atitude face à combinação do uso do preservativo e da pílula, a motivação face à prevenção da gravidez, as atitudes face ao uso de preservativos, a percepção de barreiras (atractivos do uso do preservativo, consequências interpessoais do uso do preservativo e embaraço na compra), as normas subjectivas, as normas descritivas, a atitude do parceiro face ao uso do preservativo, a auto-eficácia face ao VIH/SIDA, a auto-eficácia face ao uso do preservativo, o uso prévio do preservativo, e a intenção de usar preservativos.

Um factor chave que contribui para este processo de tomada de decisão é a crença de que o preservativo é eficaz na prevenção da infecção pelo VIH (eficácia do uso do preservativo). Aspectos relacionados com a prevenção da gravidez também podem influenciar as decisões para usar ou não os preservativos. Foram identificadas as seguintes variáveis relacionadas com este estágio (Sheeran et al., 1999; p. 93):

(1) As pessoas podem decidir não usar preservativos porque estão a usar outra forma de contracepção, como a pílula. Assim, a experiência de uso da pílula contraceptiva pode ser correlacionada de modo negativo com o uso do preservativo (uso prévio de pílula). A este propósito, Cushman, Romero, Kalmuss, Davidson, Heartwell e Rulin (1998) referem que as mulheres que confiam na contracepção hormonal a longo prazo podem negligenciar o uso dos preservativos e, por esta razão, aumentar o risco de contrair DSTs, incluindo o VIH.

(2) As pessoas podem sentir que não necessitam de usar preservativo, se já estão a usar outro método de contracepção. Assim, as atitudes face ao uso combinado de preservativos e outros métodos de contracepção podem ser desfavoráveis, existindo menor probabilidade de usar preservativos (atitude face à combinação do uso).

(3) A prevenção do VIH pode ser percebida como menos importante do que a prevenção da gravidez. Por consequência, a ameaça do VIH/SIDA pode falhar no âmbito da sua influência na altura da escolha do método contraceptivo e os preservativos podem não ser usados com objectivos contraceptivos (motivação face à prevenção da gravidez).

O compromisso face ao uso de preservativo é fortemente determinado pelas percepções dos preservativos (Sheeran et al., 1999). Estas percepções envolvem a avaliação geral das pessoas face ao uso do preservativo (atitudes face ao uso do preservativo; e.g., “Para mim, usar preservativo da próxima vez que tiver relações sexuais com alguém novo seria bom/mau”), que pode ser baseada nas crenças específicas sobre os preservativos. Estas crenças têm sido estudadas da perspectiva da avaliação das pessoas relativamente às consequências negativas do uso do preservativo (custos e barreiras percebidas). Os estudos de análise factorial revistos por Sheeran e col. (1999) (e.g., Helweg-Larson & Collins, 1994) indicam que as barreiras são um construto multidimensional que engloba um conjunto de três crenças: as crenças relativas à *atractividade do uso do preservativo* (e.g., a crença de que os preservativos diminuem o prazer sexual); as crenças relativas às *consequências interpessoais* do uso do preservativo (e.g., crença de que a sugestão do uso do preservativo pode ofender o parceiro sexual ou afectar de modo negativo a própria reputação); por fim, a crença relacionada com o *embaraço da compra* (e.g., comprar ou obter preservativos está associado com desconforto).

As normas subjectivas referem-se à percepção das pessoas face à pressão social para realizar o comportamento e são operacionalizadas em termos do que é que as pessoas acreditam que os outros significativos pensam que devem fazer (e.g., “A maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que devo usar preservativo da próxima vez que tiver relações sexuais com um novo parceiro”). Contudo, existe uma distinção importante na literatura sobre a influência social entre normas sociais descritivas e normas de impedimento (Sheeran et al., 1999). A componente de norma subjectiva da TAR é uma norma social de impedimento porque está relacionada com a pressão social percebida, ou seja, a aprovação ou sanção por parte dos outros

significativos pelo envolvimento num determinado comportamento. As normas sociais descritivas referem-se à percepção das atitudes e comportamentos dos outros significativos no domínio do mesmo comportamento.

A auto-eficácia refere-se à percepção das pessoas face à sua capacidade de prevenir a infecção pelo VIH/SIDA (Sheeran et al., 1999), enquanto a auto-eficácia face ao uso do preservativo envolve avaliações específicas da capacidade da pessoa para usar o preservativo.

O facto da pessoa ter utilizado previamente preservativo durante a relação sexual também pode influenciar o compromisso de usar um preservativo no futuro (Sheeran et al., 1999). Vários estudos descobriram que o uso prévio de preservativo ou o não uso é um forte preditor do comportamento futuro (e.g., St. Lawrence & Scott, 1996; cit. por Sheeran et al., 1999), o que conduziu à sugestão de que o uso de preservativo pode ser caracterizado como um comportamento habitual (e.g., Ku, Sonenstein, & Pleck, 1992; cit. por Sheeran et al., 1999).

A variável mais importante no estágio de compromisso é a intenção de usar preservativos (Sheeran et al., 1999). A intenção comportamental sumaria a motivação da pessoa relativamente a uma acção particular, o que vai de encontro à definição de Ajzen (1991).

Após estabelecer o compromisso na redução dos comportamentos sexuais de risco, o MRRS supõe que os indivíduos irão começar a dar passos para alcançar o objectivo de mudança comportamental (e.g., ser capaz de implementar a intenção de usar preservativo), estágio pós-intenção designado por “estágio de acção” e composto por três fases: procura de informação, obtenção de soluções, e aplicação dessas mesmas soluções (Catania et al., 1990). Na procura de informação, os indivíduos podem começar a juntar ideias e opiniões de outros sobre como modificar o seu comportamento sexual de risco (a aquisição de informação também pode ser passiva; e.g., televisão). A educação para a saúde (fontes de ajuda e como a obter) pode ter um impacto nesta fase do processo. Nas soluções, algumas pessoas podem optar pela auto-ajuda, enquanto que outros procuram ajuda por parte dos outros ou a resignação ao problema. Com base na literatura sobre a procura de ajuda, Fisher e Fisher (2000) referem que as pessoas tentam, numa etapa inicial, a auto-ajuda seguida da procura de ajuda dos amigos, e só depois se focam na procura de ajuda dos profissionais. Após a obtenção de soluções, as pessoas devem aplicar as soluções. Esta terceira fase é considerada complicada pela natureza social da maioria dos comportamentos sexuais (e.g., negociação sexual do

preservativo na diade). Acresce que estas fases podem ocorrer de forma simultânea e alguns indivíduos podem até saltar fases, ou seja, a sequência pode ser por ordem, simultânea ou pode incluir o avançar de alguma fase (Catania et al., 1990). Resumindo, de acordo com os autores do modelo, a máxima redução nos comportamentos de risco ocorreria quando ambos os parceiros perceberem os seus comportamentos sexuais de risco como problemáticos, estiverem comprometidos para modificar comportamentos sexuais de elevado risco, e possuírem elevados níveis de competências de comunicação.

Na aplicação do modelo ao uso do preservativo, Sheeran e col. (1999) consideram sete componentes no estágio de acção: trazer/ter preservativos, disponibilidade dos preservativos, estatuto da relação (casual ou estável), história sexual do parceiro, uso de drogas injectáveis, comunicação sobre as DSTs, VIH/SIDA, e comunicação sobre os preservativos.

Alguns autores (e.g., Sheeran et al., 1999) sugeriram que a TAR e os modelos similares deveriam ser mais amplos, de modo a incluir os comportamentos preparatórios, como já referimos aquando da descrição da TCP, que as pessoas podem usar para assegurar que irão realizar um comportamento particular. No contexto do uso heterossexual do preservativo, têm sido examinados três comportamentos preparatórios: trazer preservativos, disponibilidade dos preservativos e discutir o uso de preservativo com o parceiro. O estudo de Bryan, Fisher e Fisher (2002) proporciona apoio para o facto destas componentes serem muito importantes para as intenções e para a prática de comportamento sexual seguro. O estágio de acção também envolve uma importante mudança na perspectiva do indivíduo isolado, ao considerar a pessoa enquanto parte de uma relação diádica (Catania, Coates, & Kegeles, 1994).

Em relação à conceptualização do movimento de um estágio para outro, o MRRS coloca a questão “do que é que motiva as pessoas para manter o movimento através dos estádios e nos intervalos de tempo no movimento da auto-ajuda, para a ajuda informal e posteriormente para a ajuda formal” (Catania et al., 1990; p. 65). De acordo com os autores do modelo, espera-se que o movimento de estágio para estágio esteja dependente de alcançar os objectivos dos estádios anteriores. Os autores indicam ainda motivações internas (e.g., estados emocionais como emoções negativas - *distress*) e externas (e.g., pistas externas – campanhas públicas de educação que estimulam o pensamento sobre o próprio comportamento sexual) como desempenhando um papel importante na manutenção da motivação, ou seja, enquanto estímulos para que seja possível o movimento entre estádios (e.g., mudança nas actividades sexuais). A este

propósito, Catania e colaboradores (1990) consideram exemplos de motivações internas e externas. Nas motivações internas consideram os estados emocionais aversivos. Mais concretamente, consideram que o *distress* dos problemas representa um motivador interno que influencia o movimento através dos estádios. Por exemplo, elevados níveis de *distress* e outros estados emocionais negativos (e.g., medo, ansiedade) podem aumentar a percepção de seriedade do problema e facilitar a classificação do comportamento como problemático, acabando por ajudar na tomada de acção para diminuir resultados de saúde negativos. Assim, níveis moderados de *stress* e outros estados emocionais negativos (e.g., o medo e a ansiedade) podem facilitar o movimento entre estádios. Contudo, o *stress* elevado pode afectar de modo negativo a auto-eficácia, inibindo o movimento entre os estádios (Fisher & Fisher, 2000). Nas motivações externas consideram que estas também podem estimular progresso no sentido de resolver problemas de saúde. Os autores do MRRS (Catania et al., 1990) consideram como motivadores externos as campanhas de educação pública que explicam os comportamentos de risco, o uso do preservativo, e fontes de ajuda que podem proporcionar pistas para a definição do comportamento problema, para melhorar o compromisso face à mudança, e para onde obter e como implementar as soluções. Outros motivadores externos, são os grupos de apoio informal e as normas sociais que fomentam a mudança de comportamentos de elevado risco e podem conduzir o movimento em direcção à mudança comportamental. Em suma, as pistas ambientais, as campanhas públicas de educação para a saúde, tal como apoio para a mudança a partir da rede social, facilitam o movimento pois permitem aumentar a percepção de susceptibilidade face ao VIH.

O Modelo de Catania e col. (1990) sugere que diferentes mensagens de intervenção terão maior impacto no movimento entre estádios em determinados estádios de mudança, ou seja, para os indivíduos que se encontram no primeiro estágio (classificação), as mensagens devem ter como foco os comportamentos que conduzem à transmissão do VIH e que permitem identificar o comportamento como problemático (e.g., saber que o VIH é transmitido a pessoas como o indivíduo em questão); para os sujeitos que estão no segundo estágio (compromisso), as intervenções devem incluir instruções sobre aspectos de utilidade e prazer das várias mudanças (e.g., uso do preservativo), melhorando a proporção entre custo – benefício da mudança; por fim, no terceiro estágio (acção), as intervenções devem ser dirigidas, explicando como procurar ajuda na mudança comportamental e como a alcançar.

Suporte Empírico do MRRS

O MRRS tem sido usado em várias populações com o objectivo de determinar os factores que se supõe estarem associados com o alcançar de cada estágio do modelo. Ao nível das populações, encontramos, por exemplo, uma investigação realizada por Bertrand, Brown, Kinzonzi, Mansilu e Djunghu (1992) em 5494 mulheres do Zaire relativamente ao seu conhecimento, atitudes e práticas face à SIDA. Os autores utilizaram o MRRS para analisar os resultados e verificar que factores estavam relacionados com a motivação para modificar o comportamento. Os resultados mostraram que existem barreiras consideráveis para alcançar o primeiro estágio do modelo, sendo que a maioria das mulheres no Zaire ainda não tinham classificado (1º estágio) o risco para o VIH como um problema, mais concretamente as mulheres não acreditavam estar em risco de infecção pelo VIH. Neste sentido, as revisões efectuadas na literatura sobre o suporte empírico do modelo indicam que saber em que estágio está uma determinada população pode ser útil para que os recursos e estratégias de intervenção futuras sejam eficazmente alcançados para essa mesma população (Fisher & Fisher, 2000).

Os estudos têm-se também focado no teste das suposições do MRRS, consistindo numa análise dos factores que afectam os estádios, e das correlações das variáveis associadas com a presença num estágio ao comportamento preventivo. Por exemplo, um estudo realizado por Catania, Coates e Kegeles (1994) examinou o MRRS numa amostra de adultos heterossexuais solteiros (N=716) e verificou que classificar o próprio comportamento sexual como sendo de risco estava associado com o ter uma história de DSTs (herpes genital) e menos crenças de saúde estereotipadas (e.g., 471 classificaram o seu comportamento sexual como problemático). Estes resultados sugerem que uma componente importante da prevenção do VIH é a crença de que se é susceptível às DSTs. Os dados indicaram ainda que aqueles que acreditam que outras pessoas possuem maior probabilidade de contrair o VIH tinham menor probabilidade de classificar as suas actividades sexuais como problemáticas. Também Kowalewski, Longshore e Anglin (1994) testaram o valor preditivo do MRRS para as intenções de uso dos preservativos nos utilizadores de drogas endovenosas (N=161). Os resultados proporcionaram suporte para os factores relacionados com o primeiro estágio, tal como hipotetizado pelo MRRS, nomeadamente, a maior percepção de risco de infecção pelo VIH era predita pela maior percepção de susceptibilidade face à SIDA. Assim, em

ambos os estudos, classificar o comportamento como problemático foi predito por maior percepção de susceptibilidade face ao VIH. Os estudos relativos aos factores que afectam a classificação do comportamento são inconsistentes e, em alguns estudos, estes factores não são preditores significativos do comportamento de risco, como é o caso do conhecimento sobre o VIH (Malow, Corrigan, Cunningham, West, & Pena, 1993). Neste domínio, a investigação relacionada com o estágio de classificação tem avaliado a relação entre os factores do MRRS associados com este estágio e a mudança comportamental. Os resultados mostram que, por exemplo, o conhecimento sobre o VIH é necessário mas não é suficiente para a prevenção, tal como preconizado pelo Modelo de Informação Motivação e Competências Comportamentais (MIMCC; Fisher & Fisher, 1992). Outros estudos verificaram que a percepção de susceptibilidade face ao VIH e a percepção de severidade face ao VIH estavam inconsistentemente associadas com o comportamento seguro (Brunswick & Banaszack-Holl, 1996; Gerrard et al., 1996). A relação entre estas variáveis e o comportamento seguro foi revista de forma mais aprofundada no Modelo de Crenças da Saúde no início deste mesmo capítulo. Por fim, a suposição de que os factores de motivação (emoções aversivas, negação) podem afectar a presença no estágio de classificação tem sido relacionada com os níveis de comportamento preventivo face ao VIH (Fisher, Kimble, & Misovich, 1998), tal como proposto no MIMCC.

Os estudos relacionados com o estágio de compromisso (2º estágio) também pretendem verificar os elementos propostos pelo MRRS, chegando à conclusão de que estes afectam o compromisso porque afectam os custos e benefícios percebidos da prevenção. De facto, os resultados dos estudos são consistentes. No estudo de Catania e col. (1994) foram detectadas diferenças nos preditores do compromisso para usar preservativos (parceiros primários vs. parceiros casuais). Nas pessoas com parceiros secundários, o compromisso para usar preservativo e por conseguinte para a mudança, estava relacionado com a classificação do comportamento como sendo de risco, normas sociais de apoio face ao uso do preservativo, maior prazer e comunicação sexual protectora da saúde. A análise relativa às pessoas com parceiros principais indicou que maior compromisso para o uso do preservativo estava correlacionado com aumento das normas de apoio para o uso do preservativo, mais prazer, e ter herpes genital, enquanto que níveis elevados de uso do preservativo estavam correlacionados com maior compromisso face ao uso do preservativo, mais prazer, e comunicação sexual protectora da saúde. Estes resultados sugerem que o compromisso de usar preservativos com

parceiros secundários pode ser motivado pelo desejo de evitar o VIH, enquanto que este mesmo compromisso com os parceiros principais parece ser motivado pelo desejo de evitar contrair ou de infectar outros com o herpes genital. Os preditores significativos comuns do compromisso para usar preservativos com ambos os tipos de parceiros foram a percepção de normas sociais de apoio e o gostar de usar preservativos, independentemente das diferenças situacionais no tipo de relações. Pelo contrário, as crenças de eficácia e a percepção de barreiras face ao uso do preservativo (e.g., embaraço na compra) não estavam relacionadas com o compromisso. Os resultados de um estudo de Kowalewski e col. (1994) também indicam que independentemente ou não do uso do preservativo, as crenças de auto-eficácia, as normas dos pares relativamente ao uso do preservativo, e a percepção de prazer no uso de preservativos prediziam as intenções de usar preservativos no futuro, ou seja, estas variáveis estavam associadas com maior compromisso face aos comportamentos sexuais seguros. O MRRS propõe factores que podem afectar os custos e os benefícios e, por consequência, o compromisso (e.g., a eficácia da resposta, o prazer percebido dos actos que são adicionados ou eliminados do repertório comportamental do sujeito, a auto-eficácia, etc.). Por exemplo, Malow, Corrigan, Cunningham, West e Pena (1993) verificaram que o uso do preservativo estava positivamente associado com os níveis de auto-eficácia, com competências de uso do preservativo e com competências de comunicação sexual com os parceiros, e negativamente associado com a crença de que os preservativos diminuem o prazer sexual. Assim, concluíram que a auto-eficácia é altamente preditora do comportamento preventivo. Os autores consideram ainda que as diferenças entre os que usam preservativos e os que não usam começam a emergir no estágio 2 (compromisso) e são verificadas no estágio de acção (3º estágio). As implicações para a intervenção são de que os programas devem tentar movimentar os participantes através dos três estádios de mudança fomentando a eficácia da resposta, a auto-eficácia e valorizando o uso do preservativo e das competências de comunicação (e.g., treino de competências, *role-play*).

O estágio de acção (3º estágio) também foi estudado no domínio da prevenção do VIH. Por exemplo, Catania e col. (1994) encontraram diferenças situacionais (parceiros regulares vs. casuais) nos preditores de uso do preservativo (3º estágio). As normas sociais percebidas estavam correlacionadas com o uso do preservativo com os parceiros secundários mas não com os principais. Uma explicação dada é que a influência das normas sociais no estágio de acção, ou de realização do comportamento,

pode ser bloqueada pelos objectivos emocionais no processo de demonstrar confiança mútua nas relações com os parceiros principais. No entanto, a comunicação sexual protectora da saúde, o compromisso para usar preservativos e o prazer sexual eram preditores significativos do uso de preservativo em ambos os tipos de relações. A percepção de prazer, é uma influência poderosa no comportamento e as competências de comunicação verbal são importantes enquanto mecanismo de negociação sexual. Os resultados de outros estudos sugerem que alguns elementos podem facilitar o processo de mudança, nomeadamente a erotização do sexo seguro e a quantidade de procura de ajuda (Catania et al., 1990). Kline e Van Landingham (1994), ao examinarem o uso do preservativo numa amostra de 215 mulheres infectadas com o VIH, verificaram que os factores relacionados com o parceiro são importantes para o uso consistente do preservativo, como já foi amplamente apontado na revisão da literatura no ponto 2.2.2.2. Mais concretamente, as mulheres tinham maior probabilidade de usar preservativos de modo consistente se tivessem uma elevada percepção de poder para influenciar o uso dos preservativos por parte dos parceiros e os conflitos com o parceiro diminuía a probabilidade do uso consistente do preservativo. Assim, os elevados níveis de conflito na relação podem reflectir défices nas competências de comunicação da díade, o que pode afectar o uso do preservativo e o progresso na mudança de comportamento. Em relação à associação entre o estágio de acção e a prática de comportamento seguro, as suposições do MRRS de que a prática do comportamento sexual seguro pode ser afectada pelas características da relação e pelas competências de comunicação também foram corroboradas pelos estudos previamente descritos de Catania e col. (1994), e Kline e Vanlandingham (1994).

Os autores do MRRS (Catania et al., 1990) defendem que o movimento entre os estádios pode ser afectado pelos níveis de *stress/distress*, pelo suporte social para a mudança e pelo uso de álcool e drogas. Por exemplo, a percepção de pressão normativa para a mudança (e.g., uso de preservativos) está relacionada com os níveis de comportamento seguro (Fishbein, Trafimow, Middlestadt et al., 1995) e os comportamentos seguros, como o uso do preservativo, estão negativamente associados com o uso de drogas e/ou álcool (Kline & Vanlandingham, 1994).

As intervenções realizadas com base no MRRS e publicadas até 2000 são limitadas. Estudos revistos por Fisher e Fisher incluem um estudo de Malow e col. (1994), realizado em utilizadores de drogas em recuperação. Nesta intervenção consideraram algumas variáveis do MRRS (susceptibilidade percebida, auto-eficácia,

treino de comunicação e outras competências, discussão de custos e benefícios percebidos associados à mudança comportamental) comparando-a com uma intervenção *standard* informativa. Concluíram que a intervenção que utilizou as variáveis do MRRS conduziu a maiores mudanças na auto-eficácia, nas competências de comunicação e competências do uso do preservativo na avaliação pós-teste quando comparada com a condição que proporcionava apenas informação. As análises efectuadas indicam também que o aumento das variáveis do MRRS no pós-teste predizia os níveis de comportamento seguro dos indivíduos.

Um estudo de Peterson, Coates, Catania e col. (1996), avaliou uma intervenção de redução do risco face ao VIH derivada do MRRS numa população de homens afro-americanos homossexuais e bissexuais (N=318). Os participantes foram randomizados para receberem uma sessão ou três sessões, que envolviam as componentes de conhecimento (educação do risco face à SIDA), aumento da auto-eficácia, treino de competências (assertividade), e elementos para induzir atitudes mais favoráveis em relação ao comportamento preventivo face ao VIH (compromisso comportamental) e para criar suporte normativo para a prevenção, ou para se integrarem numa lista de espera. Os resultados revelaram que a intervenção de três sessões possuía resultados eficazes face ao sexo seguro (e.g., redução na relação anal desprotegida) em comparação com a intervenção breve de uma sessão que usava os mesmos elementos do MRRS.

No geral, o MRRS possui suporte empírico nas suas suposições e possui vantagens na sua aplicação ao servir de base para o desenho de intervenções, principalmente quando estas intervenções são dirigidas ao estágio de mudança. Por exemplo, Catania e col. (1994) consideram que o MRRS representa uma abordagem flexível para conceptualizar os estádios (o movimento entre estádios não necessita de ser unidireccional e ordenado), uma vez que existirão sempre pessoas que não seguem o padrão de estádios descrito. Os autores encontraram evidência relativamente consistente para o modelo de três estádios para o uso do preservativo com os parceiros sexuais secundários, sendo menos consistente quando consideram os parceiros primários (o estágio 1 é menos importante). Às vantagens conceptuais seguem-se as vantagens práticas, dado que um modelo de estágio implica que diferentes pessoas podem ocupar diferentes pontos no processo de mudança e, por isso, podem precisar de programas de prevenção desenhados especificamente para onde se encontram nesse processo. Assim, este processo permite sugerir uma sequência para divulgar as mensagens e componentes

de prevenção. Um problema comum à maioria dos estudos, e que leva a resultados inconsistentes é o facto de a mudança de comportamento representar o resultado de um processo de múltiplos estádios que ocorrem no tempo, pelo que o teste ideal do MRRS deveria seguir os indivíduos longitudinalmente através dos estádios do processo de mudança comportamental (Kline & Van Landingham, 1994).

Conclusões e Análise Crítica

Ao contrário de outros modelos previamente descritos, o MRRS foi desenvolvido especificamente no contexto da prevenção do VIH, proporcionando maior compreensão relativamente ao comportamento preventivo face à SIDA. Trata-se de um modelo que tem sido aplicado de modo bem sucedido em diferentes populações em risco, como, por exemplo, nas comunidades homossexuais e bissexuais (e.g., Peterson, Coates, Catania et al., 1996), na população adolescente (e.g., Boyer & Kegeles, 1991), e nos heterossexuais que possuem múltiplos parceiros sexuais (Dolcini, Coates, Catania, Kegeles, & Hauck, 1995). Por exemplo, no estudo de Dolcini e col. (1995), o MRRS proporciona um primeiro passo para compreender porque é que algumas pessoas acumulam vários parceiros e outras permanecem monogâmicas.

Enquanto modelo de comportamento preventivo face ao VIH, Fisher e col. (1994) consideram que o MRRS constitui um modelo relativamente compreensível dos determinantes do comportamento preventivo face à SIDA, descrevendo a prevenção do VIH como um processo de mudança que envolve múltiplos estádios intermédios e especificando os factores que podem afectar os vários estádios. A confirmar a utilidade do modelo, no estudo de Breakwell, Millward e Fife-Schaw (1994), o MRRS explicou 30% da variância no uso do preservativo no seguimento de um ano na população adolescente, verificando-se alguns resultados interessantes (e.g., as representações sociais, que abarcam as normas e valores, subjazem ao compromisso do sexo seguro e sobrepõem-se às intenções na explicação do comportamento).

Contudo, existem um conjunto de limitações do modelo apontadas por Fisher e col. (1994; p. 240), nomeadamente, o MRRS permanece incompleto em termos de especificação ao nível das inter-relações entre os determinantes hipotetizados do comportamento preventivo face ao VIH. Em termos das tentativas de relacionar elementos associados com a frequência do estádio com a efectiva presença no estádio os resultados são contraditórios. Não obstante, em defesa do modelo, Catania e col. (1994) sugerem que tais elementos podem ser mais preditivos da frequência de um estádio para

algumas populações e mais em alguns contextos do que noutros (e.g., para o uso do preservativo com os parceiros secundários em vez do parceiro principal). Outra limitação considerada por Fisher e col. (1994) diz respeito à economia, ou seja, a multiplicidade de construtos do MRRS sugere que este pode não ser a explicação mais simples do comportamento neste domínio. Ao nível do suporte empírico, o MRRS permanece em parte por testar. Não obstante, a investigação tem apoiado empiricamente a noção de que os factores associados com a frequência de um estágio podem estar associados com a frequência de outros estágios (Catania, et al., 1994), o que torna o modelo complexo para testar ou no desenho de intervenções de redução do risco para o VIH (Fisher & Fisher, 2000). Em relação à tradução do modelo em intervenções abrangentes, o MRRS não se traduz rapidamente numa intervenção abrangente, mas possui sugestões válidas para construir as componentes de um modelo abrangente (Fisher et al., 1994). De acordo com Catania e col. (1990), face aos problemas metodológicos encontrados nos estudos que testam o MRRS, o melhor teste de um modelo de processo de mudança do comportamento deveria envolver um desenho longitudinal. Também Fisher e Fisher (2000; p. 16), numa revisão crítica do MRRS, consideram que este modelo “possui poucas ideias sobre como se modifica realmente o comportamento, dado que a sua descrição dos factores associados com o estágio de acção é limitada”. Existem áreas em que é necessário trabalho adicional, nomeadamente, investigar as inter-relações entre as variáveis especificadas como necessárias para alcançar os vários estágios, explorar como os indivíduos se movimentam entre os estágios, dado que o modelo diz pouco sobre o assunto, e verificar até que ponto os estágios são ou não sequenciais e se são todos necessários para que a mudança de comportamento ocorra.

Em suma, embora o MRRS possua vantagens em termos conceptuais, também possui desvantagens a este nível e o suporte empírico para o mesmo tem sido contraditório. A grande vantagem do modelo parece ser a conceptualização da mudança do comportamento como sendo um processo de progressão por estágios, e a identificação de determinantes específicos do comportamento preventivo face ao VIH.

2.2.3 Comparação e Crítica dos Modelos Apresentados

Os modelos conceptuais de mudança do comportamento revistos neste capítulo, quer os de carácter mais geral (e.g., TCP) quer os de âmbito mais específico (e.g., MRRS), variam ao nível de critérios de abrangência, especificação, economia, suporte empírico e facilidade de tradução em intervenções de redução de risco (Fisher et al., 1994).

Passaremos a apresentar esta análise crítica realizada por Fisher e col. (1994; p. 240), e por Fisher e Fisher (2000; p. 45).

Em relação à abrangência, a Teoria Sócio-Cognitiva (TSC), o Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais (MIMCC), o Modelo de Redução do Risco da SIDA (MRRS) e o Modelo Transteórico (MT) constituem modelos relativamente abrangentes dos determinantes do comportamento preventivo face ao VIH, enquanto que o Modelo de Crenças da Saúde (MCS), a Teoria de Acção Racional (TAR) e a Teoria do Comportamento Planeado (TCP) se encontram limitados no seu foco numa pequena gama de factores motivacionais para conceptualizar os determinantes do comportamento preventivo face ao VIH. Assim, podemos concluir que modelos como a TSC, o MIMCC, o MRRS e o MT são mais amplos do ponto de vista conceptual, considerando uma vasta gama de factores.

No âmbito da especificação, a TSC, o MCS, o MRRS e o MT permanecem incompletos ao nível das inter-relações entre os determinantes hipotetizados do comportamento preventivo face ao VIH. Pelo contrário, a TAR, TCP e MIMCC especificam as relações entre os construtos.

Relativamente à economia, alguns modelos consideram uma multiplicidade de construtos e processos, como é o caso da TSC, do MRRS e do MT. Esta multiplicidade de construtos sugere que estes modelos podem não proporcionar as explicações mais económicas e simples do comportamento no domínio da prevenção do VIH.

No suporte empírico os modelos são equivalentes. Por exemplo, a TSC permanece por testar enquanto modelo multivariado integrado, embora exista suporte empírico para relações univariadas. O MCS também permanece por testar enquanto modelo multivariado integrado e determinadas relações receberam suporte empírico misto. Por sua vez, o MRRS permanece na sua generalidade por testar, embora algumas relações univariadas tenham recebido suporte empírico. No MT existe suporte para as relações individuais propostas pelo modelo. Contudo, o MT não pode ser examinado como um todo multivariado integrado no estado de desenvolvimento em que se

encontra. Pelo contrário, a TAR tem sido amplamente testada e possui suporte empírico, embora se deva considerar o domínio relativamente limitado dos construtos com que opera. Juntamente com a TAR, a TCP e o MIMCC contrastam com o MCS, MRRS e MT pelo facto de terem sido amplamente testados enquanto modelos multivariados integrados, ou seja, trata-se de modelos que alcançaram suporte empírico e que explicam uma variância considerável nos comportamentos de prevenção do VIH.

Em relação à tradução dos modelos em intervenções de redução do risco face ao VIH, nenhum dos modelos se traduz de modo imediato numa intervenção abrangente, embora existam elementos em cada um dos modelos que constituem sugestões válidas para construir as componentes de uma intervenção.

Existem ainda dois aspectos conceptuais de diferenciação dos modelos referidos por Fisher e Fisher (2000; p. 47). O primeiro inclui o facto de alguns modelos serem modelos dos determinantes dos estádios da mudança comportamental (MRRS, MT) e alguns deles serem simplesmente modelos dos determinantes do comportamento em geral (TAR, TCP e em alguns aspectos o MIMCC), sendo que existe mais investigação da eficácia relativa aos determinantes do comportamento do que em relação aos determinantes dos estádios. O segundo aspecto prende-se com o facto do comportamento preventivo face ao VIH ser uma actividade diádica, enquanto que os modelos não o são mas deviam considerar esta dimensão interpessoal. Neste contexto deve ser considerado o contributo das diferenças entre sexos e do poder na determinação unilateral ou diádica da mudança do comportamento de redução do risco para o VIH (e.g., Teoria do Género e do Poder de Wingood e DiClemente, 2002). De facto, os modelos tradicionais levantam questões relativamente à sua adequação em determinadas populações, uma vez que assumem que os indivíduos se comportam de modo racional, que certos elementos teóricos afectam o seu comportamento e que estes são livres de escolher um determinado percurso de acção, possuindo os recursos necessários para tal (e.g., dinheiro para comprar preservativos). Concluindo, é necessário testar as conceptualizações da prevenção do VIH considerando determinados critérios como os acima mencionados na comparação dos modelos (e.g., poder preditivo, economia, facilidade de tradução numa intervenção eficaz).

Para além das comparação entre os modelos em análise, outros autores (e.g., Logan et al., 2002) referem aspectos que consideram importantes no domínio da prevenção do VIH, como a redução da lacuna entre a investigação e a intervenção, a utilização de metodologias de investigação consistentes, e a expansão das teorias

existentes da mudança de comportamento face ao VIH para englobar factores sociais e contextuais.

As reflexões de Kegler, Crosby e DiClemente (2002) sobre as teorias emergentes na prática da promoção da saúde apontam para a necessidade de expansão das teorias para incluir outros factores, reflectindo um movimento em relação a uma menor confiança nas abordagens baseadas no indivíduo e uma maior utilização de teorias que consideram influências sociais e contextuais. Este movimento proporciona uma visão mais ampla para compreender e definir a prática de promoção da saúde (e.g., Modelo de Informação-Motivação e Competências Comportamentais, Teoria do Género e do Poder, enquanto teorias com aplicação à prevenção do VIH, Teoria de Conservação de Recursos de aplicação ao *stress*).

Os desafios colocados pelas teorias emergentes encontram-se relacionados com a investigação, desenho, análise, aspectos necessários para apoio empírico e para selecção da teoria (Kegler et al., 2002). Uma vantagem clara da abordagem tradicional de nível individual à promoção da saúde é que o desenho de investigação e as técnicas analíticas são compatíveis com a avaliação destas teorias. Assim, um desafio central para as teorias emergentes, que abordam a mudança através de abordagens contextuais mais vastas, é criar desenhos de investigação e métodos de análise capazes de determinar a eficácia do programa. Trata-se de abordagens que se referem a sistemas em vez de indivíduos e a mudanças relacionais em vez de preposições desenhadas para mudar antecedentes específicos dos comportamentos de saúde. O desenvolvimento e compreensão destas teorias emergentes encontram-se num estágio inicial, pois são complexas e ecológicas. As estratégias metodológicas e as técnicas estatísticas ainda estão a ser desenvolvidas para testar estas novas teorias que são contextualmente mais amplas.

**CAPÍTULO III – PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO: A Prevenção do VIH nas
Mulheres Heterossexuais Sexualmente Activas**

A terceira componente da revisão da literatura procura descrever os programas de intervenção de prevenção do VIH nas mulheres heterossexuais sexualmente activas, incluindo as intervenções educativas breves, as intervenções grupo, as intervenções a nível comunitário, as intervenções que comparam abordagens teóricas e as intervenções com resultados biológicos, tal como a eficácia das mesmas. Por último, serão abordadas algumas questões metodológicas das intervenções e respectivas conclusões.

3.1 Introdução

“The evaluation and dissemination of effective behavioral HIV and AIDS interventions remains the primary strategy in curbing the spread of HIV infection. To be successful in this goal, interventions need to be effective in reducing HIV risk behaviors while at the same time realistic in terms of community-based implementation.”

(Belcher, Kalichman, Topping et al., 1998, p. 860)

Como já foi assinalado nos capítulos anteriores, na actualidade, a prevenção primária do VIH nas mulheres heterossexuais sexualmente activas é uma prioridade veemente. De facto, o número de mulheres infectadas por via sexual tem aumentado e perante esta realidade os comportamentos sexuais desprotegidos continuam em ascensão. No capítulo I descrevemos um conjunto de factores de risco como a percepção de invulnerabilidade e as questões de poder nas relações heterossexuais que, entre outros factores sociais e contextuais, fomentam a exposição ao vírus. Por exemplo, as mulheres da cidade com múltiplos parceiros sexuais ou com parceiros de elevado risco constituem uma população cada vez mais vulnerável ao VIH (Hobfoll et al., 1993; Hobfoll et al., 1994). Trata-se de um problema de saúde pública, comunitário, que implica uma intervenção *a priori* (prevenção), pela mudança comportamental, através dos programas de prevenção, dado que ainda não existe uma vacina. Existe, por isso, uma necessidade de identificar, avaliar e implementar métodos de prevenção primária para evitar novas infecções pelo VIH nas populações urbanas mais vulneráveis.

De facto, desde o aparecimento da SIDA como uma pandemia, a ciência preventiva tem-se focado no desenvolvimento de intervenções com o objectivo de modificar comportamentos que colocam os indivíduos em risco de infecção pelo VIH. Não obstante os avanços médicos no tratamento da infecção pelo VIH (terapia anti-retrovírica), a mudança comportamental permanece o único meio de prevenção primária

e, por conseguinte, uma estratégia prioritária. Os comportamentos que colocam as pessoas em risco para a infecção pelo VIH já foram previamente mencionados (e.g., relações sexuais desprotegidas com uma pessoa infectada).

A investigação nos seus primórdios já havia mostrado que as intervenções comportamentais de redução do risco e treino de competências em grupo que combinam a educação para o risco, a assertividade sexual, o treino de competências de comunicação e de resolução de problemas, e as abordagens de aconselhamento com características idênticas podem produzir mudanças no comportamento sexual de risco na população homossexual e nos adolescentes (Kelly, Lawrence, Hood, Brasfield, 1989; Jemmott, Jemmott, Fong, 1992; Rotheram-Borus, Koopman, Haignere, 1992; Valdiserri, Lyter, Leviton, Callahan, Kingsley, Rinaldo, 1989; cit. por Kelly et al., 1994). Por exemplo, em 1994 surgem na literatura duas abordagens interpretadas como promissoras no âmbito das implicações para a investigação preventiva: (1) as intervenções cognitivo-comportamentais para promover as competências sociais e de auto-gestão para modificar o comportamento de elevado risco, e (2) o desenvolvimento de intervenções comunitárias para promover a adopção de normas sociais que encorajam o comportamento de baixo risco através de canais de influência importantes na comunidade (Peterson & DiClemente, 1994).

Também de acordo com Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Shepherd (1994), o desenvolvimento de intervenções comportamentais eficazes é importante para reduzir o risco de exposição à infecção pelo VIH na população feminina. A revisão da literatura indica que a mudança comportamental reduz o risco de infecção pelo VIH tal como o desenvolvimento da SIDA. Embora até 1994 os estudos de avaliação do impacto da mudança comportamental das intervenções tenham sido limitados, os esforços cognitivo-comportamentais de redução do risco têm provado o seu sucesso em estudos controlados (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992; Kelly, St. Lawrence, Hood, & Brashfield, 1989; Rotheram-Barus, Koopman, & Haignere, 1991; cit. por Hobfoll et al., 1994). Assim, a prevenção do VIH depende da mudança comportamental e os estudos de prevenção devem por esta razão abordar o impacto comportamental da intervenção.

A investigação indica que as componentes de um programa de prevenção bem sucedido incluem (Hobfoll et al., 1994; p.397):

- (a) Proporcionar informação correcta sobre a transmissão e as opções de sexo seguro;
- (b) Aumentar o sentido de risco pessoal das mulheres;

- (c) Aumentar a sua competência para realizar comportamentos sexuais seguros;
- (d) Aumentar as suas crenças de que podem realizar comportamentos sexuais seguros com sucesso;
- (e) Aumentar o suporte social para o comportamento sexual seguro;
- (f) Colocar o comportamento num contexto cultural aceitável para o grupo alvo.

Considerando que as pessoas não sabem tudo sobre o comportamento sexual do parceiro, o uso do preservativo é um objectivo chave em todas as intervenções de prevenção do VIH. As observações efectuadas pelo *The NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group* (2001) vão de encontro às reflexões previamente mencionadas, ou seja, também consideram que o desenvolvimento de intervenções eficazes que permitam a mudança nas práticas de comportamento sexual de elevado risco implicam a identificação dos factores que contribuem para o risco. Neste âmbito, a teoria sócio-cognitiva de Bandura (1994) identificou a importância das competências e da confiança nessas mesmas competências (auto-eficácia) na modificação comportamental. Assim, no domínio comportamental é importante identificar os resultados específicos esperados e as competências necessárias para realizar o comportamento alvo. São exemplo as competências e a auto-eficácia na negociação do uso do preservativo com os parceiros (NIMH, 2001) que estão associadas com o comportamento nas análises transversais.

Antes de abordar a investigação relacionada com as intervenções de prevenção do VIH, é importante compreender o estado actual da literatura de intervenção. Neste âmbito, Logan, Cole e Leukefeld (2002) realizaram uma meta-análise das intervenções publicadas sobre a prevenção do VIH que tinham como alvo populações adultas heterossexuais, com o objectivo adicional de sugerir direcções futuras para a investigação e para a prática das intervenções de prevenção do VIH. Mais concretamente, o objectivo desta meta-análise foi o de examinar os resultados da intervenção na literatura actual em relação à população adulta em geral e, mais em particular face às mulheres heterossexuais. A eficácia das 30 intervenções/estudos revistos foi examinada usando a meta-análise para dois resultados principais: uso do preservativo e número de parceiros sexuais. Os autores constataram que as intervenções de prevenção do VIH tiveram pouco impacto no comportamento sexual de risco, que os factores sociais e contextuais raramente são abordados e verificaram que existe uma enorme lacuna entre a investigação e a prática da intervenção de prevenção do VIH.

O foco na revisão da literatura sobre os programas de prevenção do VIH a partir de 1990 pode ser explicado pelas seguintes razões (Logan, Cole & Leukefeld, 2002;

p.859): (1) são identificados poucos artigos de intervenção na literatura antes de 1990; (2) os anos 90 constituem o marco na elevação das taxas de transmissão heterossexual do VIH nas mulheres; (3) só a partir dos anos 90 os investigadores reconheceram as diferenças de género na vulnerabilidade face ao VIH; (4) as iniciativas de foco da investigação do VIH nas mulheres ocorreram nos anos 90 nos EUA.

Já O’Leary e Wingood (2000) haviam efectuado uma revisão das intervenções realizadas verificando que alguns programas de intervenção comportamental de redução do risco direccionados à população feminina heterossexual tinham sido avaliados. As autoras verificaram que estas intervenções são geralmente administradas às mulheres recrutadas em áreas urbanas onde o VIH é endémico, são realizadas em pequenos grupos tendo como foco o fortalecimento ou a aprendizagem de competências, centram-se na promoção do uso do preservativo masculino como principal método para a redução do risco face ao VIH/DSTs e concluem que os resultados dos estudos são encorajadores, principalmente nas intervenções mais intensivas que incluem o treino de competências quando comparadas com as intervenções breves.

Em suma, na revisão da literatura verifica-se que os estudos, na generalidade, comparam um grupo ou uma condição submetida a intervenção a uma condição de controlo/comparação, com o objectivo de verificar ou não a mudança do comportamento sexual e/ou resultados biológicos (por exemplo, DSTs). São apresentados a seguir exemplos de alguns estudos que foram na sua maioria conduzidos em mulheres adultas em risco heterossexual de infecção para o VIH. Serão descritos também aqueles realizados com participantes masculinos devido à análise do efeito de género quando se justificar, tal como os aspectos metodológicos relevantes para a sua compreensão.

3.2 As Intervenções Educativas Breves

Alguns estudos têm avaliado intervenções breves, de formato individual, de carácter informativo, com o objectivo de reduzir o risco de exposição face ao VIH. Na perspectiva de O’Leary e Wingood (2000), tais intervenções possuem vantagens e desvantagens. Na vertente positiva, podem permitir maior oportunidade de intervir identificando os alvos nos locais de tratamento para as DSTs. Não obstante, devido à sua brevidade, estas intervenções são limitadas face à quantidade de competências individuais que podem oferecer.

As intervenções individualizadas, um-a-um, com alguma variabilidade em termos de número de sessões e durabilidade, que usaram estratégias cognitivo-comportamentais, têm sido eficazes no treino de competências sociais, ocupacionais e de outro tipo. No quadro 1 podemos observar exemplos de algumas intervenções individuais publicadas entre 1993 e 2002.

Quadro 1. Exemplos de Estudos de Intervenções Individuais (Adaptado de Logan, Cole & Leukefeld, 2002; p.863)

Estudo	Modo de Intervenção	Nº de Sessões	Duração (horas)	Componente Cultura-Raça
Belcher et al. (1998)	Individual	1	2	Sim
Gibson et al. (1999)	Individual	1	1	Não
Grinstead et al. (1999)	Individual	1	1	Não
Kamb et al. (1998)	Individual	4	4	Não
Maibach & Flora (1993)	Individual	1	1	Não

Em seguida serão revistas algumas investigações que constituem exemplos de intervenções breves de prevenção do VIH, nomeadamente os estudos de Nyamathi e colaboradores (1994), Maibach e Flora (1993), Kalichman, Kelly, Hunter e colaboradores (1993), Belcher, Kalichman, Topping (1998) e o estudo de Gibson, Lovelle-Drache, Young, Hudes e Sorensen (1999).

Os programas de investigação conduzidos na década de 90 foram pioneiros na prevenção do VIH na população feminina. Por exemplo, o estudo realizado por Nyamathi e colaboradores (1994) avaliou intervenções breves de redução do risco sexual em 213 mulheres latinas pobres do estado da Califórnia (sem abrigo e em centros de tratamento de abuso de substâncias). O estudo comparou um programa de intervenção tradicional de uma hora, que incluía educação básica face ao VIH (e.g., vias de transmissão, métodos de protecção) e recursos comunitários (aconselhamento para o teste de anticorpos e realização do teste), com um programa de intervenção

“especializada” de duas horas, que incluía educação sobre o VIH, aumento das competências para redução do risco (e.g., treino de colocação do preservativo em modelos fálcos), treino de resolução de problemas (*coping* focado no problema), ensino de técnicas para melhorar a auto-estima e os sentimentos de controlo, e proporcionava material de referência informativo de outros recursos comunitários. Ambos os programas também incluíram o visionamento de uma videocassete sobre as práticas de elevado risco associadas com a transmissão do VIH, sinais, sintomas e estigma. Estas intervenções tinham como alvo variáveis cognitivas, psicológicas e comportamentais que incluíam a percepção de preocupações ambientais, a avaliação da ameaça, o conhecimento e as atitudes face ao VIH, o *coping*, o *distress*, a depressão, o uso de drogas e o risco sexual (a existência ou não de múltiplos parceiros sexuais). Os resultados indicaram que as mulheres, em ambos os programas de educação para o VIH, melhoraram significativamente nos resultados cognitivos, comportamentais e psicológicos, excepto no *coping* focado no problema. Assim, os resultados revelaram que as mulheres em ambos os programas, especializado e tradicional, mostraram diminuição na avaliação da ameaça, preocupações actuais, *distress*, depressão e diminuíram os seus comportamentos de risco de múltiplos parceiros sexuais, tal como o uso de drogas. As mulheres melhoraram no conhecimento sobre o VIH e nas atitudes face à SIDA. O facto da intervenção tradicional ter sido tão eficaz quanto a intervenção especializada (apenas mais uma hora) sugere que as intervenções que incorporam conteúdo geral de redução do risco podem ser suficientes para abordar as necessidades das mulheres que se encontram numa situação de pobreza. Verifica-se, deste modo, que ambos os programas foram igualmente eficazes, pelo que a eficácia da intervenção tradicional (informativa de uma sessão) pode ser explicada pelo carácter mais difuso da intervenção especializada.

Outros estudos realizados entre 1993 e 1995 também se centraram no uso de vídeos em diversas populações. O recrutamento de mulheres que procuram cuidados para DSTs que não o VIH é extremamente importante. De acordo com Aral e Wasserheit (1995), estas pacientes estão em risco de infecção pelo VIH porque o diagnóstico de outras DSTs pode ser considerado como uma medida próxima do comportamento sexual de risco (não utilização do preservativo), pelo que a presença de outras DSTs constituem factores de risco da transmissão heterossexual do VIH, aumentando o risco em cerca de 3 a 5 vezes. Perante tal constatação, muitos estudos, posteriormente realizados, tem tido como população alvo pacientes de clínicas públicas

para o tratamento de DSTs que servem comunidades de baixo rendimento, tal como é visível no estudo realizado por Maibach e Flora (1993). Os autores testaram a hipótese sócio-cognitiva de que a auto-eficácia pode ser melhorada de forma mais eficaz através da modelagem simbólica da informação de redução do risco, encorajando também o ensaio cognitivo, comparativamente à simples apresentação de informação de redução do risco. As 138 mulheres solteiras foram distribuídas por uma das três condições de apenas uma sessão (videocassetes): informação sobre a redução do risco face à SIDA, informação mais modelagem de redução de comportamentos de risco (onde são apresentadas sequências de negociação com o parceiro), ou informação mais modelagem, adicionando a oportunidade de ensaio cognitivo dos comportamentos modelados pelas participantes, ou seja, as mulheres praticam mentalmente a negociação do sexo seguro com o seu parceiro. A avaliação efectuada focou-se nas mudanças ao nível da auto-eficácia e numa variedade de comportamentos (e.g., compra de preservativos), no pós-teste e no seguimento de um mês. Os resultados deste estudo foram de encontro ao predito pelos investigadores: a auto-eficácia na prevenção da SIDA aumentou significativamente nas participantes da condição que combinava informação, modelagem e ensaio com sistema vídeo, enquanto que as participantes da condição que combinava informação e modelagem com sistema vídeo demonstraram um nível intermédio de aumento. Não se verificou aumento da auto-eficácia na condição informativa. Em termos de mudança comportamental, o grupo submetido ao ensaio cognitivo relatou comprar mais preservativos e conversar mais com os amigos sobre a sexualidade/VIH, em comparação com o grupo que tinha sido exposto apenas à vertente informativa. Não obstante, segundo os autores, não se verificaram diferenças na redução do risco de acordo com as medidas de risco, ou seja, no uso de preservativo ou no número de parceiros que usam preservativo. Os autores concluem que os resultados indicam que a modelagem simbólica e o ensaio cognitivo, implementados em intervenções breves, constituem estratégias eficazes para melhorar as percepções de auto-eficácia através de meios audiovisuais na população feminina.

Outro aspecto de relevo neste tipo de intervenção de uma só sessão é a crença de que quando os grupos são provenientes de minorias étnicas, os programas devem ser desenhados considerando a coordenada cultural para que sejam eficazes. Por esta razão, Kalichman e colaboradores (1993) realizaram um estudo para testar esta suposição de modo experimental, avaliando intervenções de uma sessão com vídeo (informação sobre o VIH) em 106 mulheres afro-americanas recrutadas em projectos de realojamento em

Chicago. As participantes foram distribuídas aleatoriamente para visionarem uma das três videocassetes de 20 minutos: uma videocassete do serviço público com informação *standard* sobre o VIH, a mesma videocassete do serviço público adicionando a adequação entre a etnia e o sexo do apresentador com a dos participantes, ou uma videocassete que incluiu o mesmo conteúdo mas enquadrada no contexto com a intenção de aumentar a relevância cultural. Verificou-se que as participantes que visionaram as videocassetes apresentadas pelas mulheres afro-americanas estavam significativamente mais sensibilizadas para a SIDA, tinham maior probabilidade de terem falado sobre a SIDA com os amigos, de terem realizado o teste de anticorpos para o VIH durante o intervalo de seguimento (2 semanas), e de pedir o uso de preservativos no seguimento. Os resultados deste estudo sugerem que a “sensibilidade” e a relevância cultural das mensagens de prevenção do VIH pode ter efeitos benéficos em determinadas populações alvo, em especial para promover o teste de anticorpos do VIH.

Um estudo mais recente de Belcher, Kalichman e Topping (1998), teve como objectivo testar a eficácia de uma intervenção breve de prevenção do VIH baseada nos princípios sócio-cognitivos e no MIMCC (Modelo de Informação Motivação e Competências Comportamentais), numa sessão, no formato individual (um-a-um). Tratou-se de um estudo randómico com desenho experimental que comparou os efeitos de uma intervenção de uma sessão de aprendizagem de competências de redução do risco face ao VIH relativamente a um grupo de controlo (uma sessão de educação face ao VIH). As avaliações incluíram o pré-teste e seguimento de 1 e 3 meses. Este estudo foi realizado com 74 mulheres de baixo rendimento em Atlanta, Georgia. Os autores avaliaram o conhecimento sobre o VIH, as intenções de mudar os comportamentos de risco, a auto-eficácia para o uso de preservativo, o comportamento sexual e o uso do preservativo. Os resultados do estudo indicam que em comparação com a condição de apenas educação sobre o VIH, as mulheres que receberam a condição de treino de competências comportamentais relataram taxas mais elevadas de uso do preservativo durante a relação vaginal; as participantes do treino de competências comportamentais relataram menos relações desprotegidas nos primeiros 90 dias do que as participantes do grupo de controlo (de 26 para 8 vs de 25 para 17). Adicionalmente, as participantes da condição de treino de competências comportamentais relataram aumento no uso do preservativo (de 22% para 66% no seguimento de 3 meses) em relação às participantes da condição de comparação (de 27 para 43%). Deste modo, os autores demonstraram que o treino de competências baseado na teoria e o aconselhamento de uma sessão de

melhoria motivacional reduziu o risco das mulheres para o VIH. As participantes da intervenção que incluía o treino de competências e motivação relataram maior frequência de comportamentos protectores face ao VIH do que a condição de controlo (educação). Estes resultados indicam que uma intervenção breve, de uma sessão, individual, de treino de competências e de melhoria motivacional proporciona uma intervenção eficaz para a redução do risco face ao VIH nas mulheres em risco de infecção. Na ausência de treino de competências práticas, as mulheres que relatam confiança e motivação sobre a redução do risco podem necessitar da experiência e prática para reduzir o risco.

Em termos dos factores económicos que influenciam os programas de saúde pública, a ênfase tem sido colocada no binómio custo-eficácia das intervenções. A este propósito, embora as intervenções em grupo sejam mais eficazes na relação custo-eficácia (intervenção com várias pessoas num momento) do que as intervenções individuais, o estudo de Belcher e colaboradores (1998) ilustra as vantagens do formato de uma sessão individual: todas as participantes completaram a intervenção e quase todas voltaram no seguimento de 3 meses. As limitações do estudo citadas pelos autores abarcam o facto de se tratar de um estudo baseado no auto-relato do comportamento, considerando que deveria incluir outras medidas relativas às competências comportamentais e marcadores biológicos. Embora o tamanho da amostra fosse pequeno, a randomização foi bem sucedida e o estudo obteve uma excelente retenção (92%).

A intervenção ao nível dos utilizadores de drogas também tem sido considerada fundamental. A literatura reconhece que as mulheres muitas vezes são infectadas durante a relação sexual com o parceiro masculino que é utilizador de drogas. As intervenções que podem reduzir a prevalência destas práticas (e.g., sexo desprotegido, partilha de seringas) são componentes importantes de uma política de prevenção do VIH. Exemplos de estratégias incluem as intervenções educativas e o teste e aconselhamento para o VIH (e.g., McCusker and Sorensen, 1994; cit. por Gibson, Lovelle-Drache, Young, Hudes, & Sorensen, 1999). Em relação ao padrão de resultados das intervenções para prevenir o VIH nos utilizadores de drogas, verifica-se que estes são encorajadores, embora as intervenções sejam escassas. Por exemplo, Gibson, Lovelle-Drache, Young, Hudes, e Sorensen (1999) realizaram dois estudos sobre a eficácia de um programa breve de redução do comportamento de risco face ao VIH em utilizadores de drogas. Os dois estudos avaliaram os efeitos comportamentais de sessões

breves de aconselhamento, desenhadas para ajudar os utilizadores de drogas na resolução de problemas em que se envolvem, ou se sentem tentados a envolver, em práticas que os colocam em risco de infecção pelo VIH. No primeiro estudo avaliaram os efeitos das sessões de aconselhamento. Uma amostra de 295 clientes de um programa de desintoxicação de heroína no *San Francisco General Hospital* (maioritariamente homens, entre os 30-49 anos, de diversas etnias) foi aleatoriamente distribuída para receber uma de duas intervenções: 50 minutos de aconselhamento experimental preventivo ou um conjunto de brochuras educativas. As entrevistas de seguimento foram conduzidas 3 e 12 meses após a randomização para avaliar os efeitos do aconselhamento em relação às brochuras (79% e 56% de retenção). As sessões de aconselhamento experimental envolviam 50 minutos de técnicas de resolução de problemas individualizadas. Por exemplo, a resolução de problemas de práticas sexuais envolvia a discussão das opções de abstinência, monogamia e sexo seguro, especificamente o uso consistente do preservativo (incluindo como negociar e erotizar a sua utilização). Também incluiu a demonstração dos procedimentos apropriados para usar preservativos e desinfetar seringas. Ao contrário do esperado, não se verificaram diferenças comportamentais significativas nos resultados nas avaliações de seguimento entre os sujeitos do aconselhamento e os participantes das brochuras. Não obstante, os resultados mostraram diminuições na prevalência de comportamentos de elevado risco em ambos os grupos. Estas diminuições foram na maioria mantidas no seguimento de 12 meses.

No segundo estudo, o aconselhamento foi administrado em conexão com a notificação dos resultados do teste ao VIH com 109 clientes seronegativos (maioritariamente homens, entre os 30-49 anos, de diversas etnias). O aconselhamento experimental foi modificado para ser realizado no sentido de notificar os utilizadores de droga dos resultados dos seus testes para o VIH. Neste estudo, houve aconselhamento *standard* pré-teste antes de randomizar os sujeitos para receberem ou não o aconselhamento experimental de 50 minutos. As entrevistas de seguimento realizadas 6 e 12 meses após a randomização (70% e 60% de retenção) avaliaram o impacto do aconselhamento experimental de 50 minutos no pós-teste versus o aconselhamento *standard* 15 minutos. O aconselhamento experimental foi idêntico ao descrito no estudo 1. O aconselhamento pós-teste de 15 minutos foi desenhado para ajudar aqueles que foram notificados a integrar de forma adequada as suas reacções psicológicas ao resultado do exame clínico. Foi proporcionado aconselhamento em relação às práticas

sexuais seguras e higiene em relação às agulhas. Tal como no estudo 1, e contrariamente ao esperado, não se verificaram diferenças comportamentais de resultado entre os sujeitos que receberam o aconselhamento experimental versus o aconselhamento *standard*. Como no estudo 1, ambos os grupos obtiveram reduções consideráveis em comportamentos de elevado risco no seguimento de 6 meses, que foram mantidas no seguimento de 12 meses (e.g., menos parceiros sexuais, diminuição de pedir emprestada ou emprestar seringas).

Em suma, os resultados indicam que foram observadas diminuições substanciais nos comportamentos relacionados com a utilização de drogas endovenosas e comportamentos sexuais de risco nas duas condições em ambos os estudos. A manutenção destas diminuições verifica-se nas entrevistas de seguimento de 12 meses. De acordo com os autores, os resultados sugerem que muitos utilizadores de drogas podem não necessitar de aconselhamento intensivo para reduzir ou eliminar práticas de elevado risco. De acordo com Gibson e colaboradores (1999), este padrão de resultados nos 2 estudos pode advir do viés dos voluntários, ou efeitos de regressão ou maturação (ou seja, os clientes que estavam motivados para participar no estudo podem já ter iniciado o processo de mudança comportamental), sendo muito provavelmente em parte uma consequência de participarem na investigação. Assim, existe evidência de que a participação num estudo pode mudar o comportamento, mesmo num grupo de controlo (Kramer and Shapiro, 1984; cit. por Gibson et al., 1999). Os autores suspeitam que as entrevistas de pré-teste podem ter tido um impacto similar nos estudos. Não é novidade que as entrevistas podem ter impacto no comportamento constituindo uma forma de promoção da saúde conhecida como avaliação do risco para a saúde (*health risk assessment*). Em conclusão, é necessária mais investigação para identificar os “ingredientes activos” que moldam os resultados neste tipo de estudos.

Em suma, os estudos revistos de intervenções educativas breves possuem vantagens relacionadas com as baixas taxas de desistência e com o facto de permitirem condensar os ingredientes da intervenção muitas vezes numa só sessão. Contudo, pela sua brevidade, não permitem a aprendizagem e a prática de competências intensiva que se revelam essenciais (e.g., competências de negociação no uso do preservativo) para a prevenção do VIH na população feminina e constitui um tipo de intervenção menos benéfico do ponto de vista do custo-eficácia.

3.3 As Intervenções em Grupo

As intervenções que incluem sessões múltiplas colocam a sua ênfase na promoção de competências e da auto-eficácia no uso do preservativo. Incluem a aprendizagem da negociação sexual, do auto-controlo e da resolução de problemas. Comparativamente às intervenções de uma só sessão, esta modalidade é mais dispendiosa mas possui “maior poder para permitir a mudança comportamental” (O’Leary & Wingood, 2000, p.188), tal como maior eficácia em termos económicos quando o grupo alvo é a população feminina em elevado risco para a aquisição do VIH. No quadro 2 encontram-se exemplos de estudos com múltiplas sessões, publicados entre 1991 e 2002, incluídos na meta-análise de Logan, Cole e Leukefeld (2002).

Quadro 2. Exemplos de Estudos de Intervenções com múltiplas sessões em grupo (Adaptado de Logan, Cole & Leukefeld, 2002; p.863)

Estudo	Modo de Intervenção	Nº de Sessões	Duração (horas)	Factores Sociais/Contextuais	Componente Cultura/Raça
Boyer et al. (1997)	Grupo	4	4	—	N
Branson et al. (1998)	Grupo	4	4	—	N
Carey et al. (1997)	Grupo	4	6	—	S
Dancy et al. (2000)	Grupo	6	9	Relações	S
DiClemente & Wingood (1995)	Grupo	5	8	—	S
Eldridge et al. (1997)	Grupo	6	9	Relações	N
Harris et al. (1998)	Grupo	16	24	Relações/Saúde Mental	N
Hobfoll et al. (1994)	Grupo	4	8	Relações	N
Kalichman et al. (1996)	Grupo	4	4	—	S

Quadro 2. Exemplos de Estudos de Intervenções com múltiplas sessões em grupo
(Adaptado de Logan, Cole & Leukefeld, 2002; p.863) (cont.)

Estudo	Modo de Intervenção	Nº de Sessões	Duração (horas)	Factores Sociais/Contextuais	Componente Cultura/Raça
Kelly et al. (1994)	Grupo	4	6	Relações/Saúde Mental	N
Malow et al. (1994)	Grupo	3	6	—	S
NIMH (1998/2001)	—	—	—	—	—
Nyamanthi et al. (1998)	Grupo	8	16	Saúde Mental	S
O’Leary et al. (1998)	Grupo	7	10	—	N
Schilling et al. (1991)	Grupo	5	10	—	N
Shain et al. (1999)	Grupo	3	12	Relações/Estatuto Social/Vitimização	S
Sikkema et al. (2000)	Grupo	—	—	Estatuto Social	S
Sorenson et al. (1994)	Grupo	3	6	—	N

Considerando a pertinência das intervenções em grupo de múltiplas sessões, serão revistos um conjunto de estudos que exemplificam esta abordagem de prevenção do VIH, nomeadamente as investigações de Schilling e colaboradores (1991-1992), Kelly e colaboradores (1994), El-Bassel e colaboradores (1995), Harris, Barker Baussell, Scott, Hetherington e Kavanaugh (1998), Hobfoll e colaboradores (1994), DiClemente e Wingood (1995), Carey e colaboradores (1997), Boyer, Barrett, Peterman e Bolan (1997), O’Leary e colaboradores (1998), *The NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group* (1998), Mackenzie, Hobfoll, Ennis, Kay, Jackson, e Lavin (1999), e *The National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial Group* (2001).

Schilling e colaboradores (1991-1992; Schilling, El-Bassel, Schinke e colaboradores, 1991; El-Bassel, Schilling, 1992) realizaram intervenções cognitivo-comportamentais no sentido de construir competências, em pequenos grupos, numa

população feminina sob tratamento de metadona. No primeiro estudo (Schilling et al., 1991), 91 mulheres foram aleatoriamente distribuídas para um grupo de controlo informativo ou para uma intervenção em grupo de treino de competências. Esta última intervenção de 5 sessões proporcionou várias competências, tais como identificação dos próprios comportamentos sexuais de risco, o treino do uso do preservativo e da negociação, sendo posteriormente comparada com um grupo de controlo submetido apenas a uma sessão informativa. Os participantes eram maioritariamente de origem latina (64%), sendo as restantes afro-americanas (36%). Os resultados indicaram que quando comparados com o grupo de controlo, os participantes da intervenção em grupo relataram que iniciaram a discussão de temáticas sexuais com os seus parceiros mais frequentemente, sentiam-se mais confortáveis ao falar com os parceiros sobre sexo seguro, desenvolveram atitudes mais positivas face ao uso do preservativo, e relataram usar e transportar preservativos com maior frequência. Não houve diferenças entre os grupos relativamente ao número de parceiros sexuais. A elevada frequência das participantes nas sessões de grupo sugere que estes grupos de treino de competências podem ser uma forma de facilitar as mudanças no comportamento sexual de risco nas mulheres que possuem múltiplos factores de risco face ao VIH, dado que as intervenções baseadas apenas na informação possuem uma utilidade limitada. No seguimento de 15 meses das mulheres em tratamento com metadona (El-Bassel & Schilling, 1992), a frequência do uso de preservativo permaneceu mais elevada no grupo de intervenção do que no controlo. Em comparação com o grupo de controlo, os participantes do grupo de treino de competências também se sentiam mais confortáveis ao falar sobre sexo seguro e percebiam-se como mais capazes de reduzir a sua exposição ao VIH. Verifica-se a manutenção de alguns ganhos com a intervenção em grupo, o que indica que as intervenções preventivas compostas por múltiplas sessões e conduzidas em cenários de tratamento podem constituir estratégias úteis para prevenir a infecção pelo VIH. Não obstante, a taxa de desistência no seguimento (32%) limita a confiança nos resultados de seguimento.

Um estudo realizado por Kelly e colaboradores (1994) avaliou de modo experimental uma intervenção de 5 sessões desenhadas para aumentar a consciência em relação ao VIH, proporcionando a oportunidade para aprender competências. Este estudo relata os resultados de uma intervenção de mudança comportamental oferecida às mulheres em elevado risco para a infecção pelo VIH atendidas numa clínica urbana de cuidados de saúde primários. As participantes foram 197 mulheres de etnia

maioritariamente afro-americana, com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos, que preenchiam determinados critérios de comportamento de risco (e.g., múltiplos parceiros masculinos, diagnóstico de DST, ou sexo desprotegido com um parceiro masculino de elevado risco nos últimos 12 meses), tendo sido randomizadas (distribuídas aleatoriamente) para serem submetidas a uma das seguintes intervenções: (1) grupo de redução do risco para o VIH/SIDA, ou (2) grupo de comparação. As mulheres do grupo de intervenção para o VIH/SIDA frequentaram 5 sessões em grupo de 90 minutos, em que o foco foi na redução do risco, treino de competências no uso do preservativo, assertividade sexual, resolução de problemas e auto-gestão, e apoio dos pares face aos esforços de mudança. Assim, receberam informação detalhada sobre o risco para o VIH, focando-se nos comportamentos que conferem risco, crenças erradas sobre a SIDA e passos que diminuem o risco para o VIH, tal como epidemiologia. Uma vez que o sucesso da mudança comportamental é determinado por factores cognitivo-atitudinais, de competências comportamentais e sociais, já assinaladas no capítulo 2, a intervenção enfatizou esta área (e.g., *role-play* da iniciação de uma discussão sobre a SIDA e sobre o uso do preservativo com um potencial parceiro sexual, resistir à pressão, etc.). Esta intervenção também inclui a demonstração de preservativos e a prática com réplicas fâlicas, a identificação, compreensão e gestão de pistas pessoais para o comportamento de risco (e.g., beber, envolvimento em relações coercivas, etc.) e abordagens de resolução de problemas em grupo para desenvolver estratégias alternativas para lidar com as situações que conduziram ao comportamento sexual de risco. As mulheres no grupo de comparação frequentaram uma série de 3 sessões de 90 minutos em grupo sobre tópicos de saúde não relacionados com o VIH/SIDA, mas relevantes para as mulheres de baixo rendimento (e.g., nutrição da família e da criança, alimentação saudável, etc.). O comportamento sexual de risco e o uso de substâncias nos últimos 3 meses, o conhecimento do comportamento de risco para o VIH/SIDA, a estimativa de risco pessoal e a classificação comportamental de competências de comunicação sexual foram avaliados no pré-teste e num seguimento de 3 meses. Neste estudo, muitas participantes não estavam disponíveis no seguimento, com taxas de retenção de 54% e 44% nas condições de tratamento e de controlo, respectivamente, explicadas pela natureza social da população (pobre) que implicava mudança de habitação/realojamento. Os efeitos da intervenção no comportamento sexual de risco e uso do preservativo mostram que as mulheres na intervenção em grupo para o VIH/SIDA diminuíram significativamente a frequência de relações sexuais

desprotegidas e o uso do preservativo aumentou de 26% (antes da intervenção) para 56% (no seguimento de 3 meses). As mulheres no grupo de comparação não mostraram qualquer mudança nos índices de uso do preservativo e também não foi verificada qualquer mudança no uso de substâncias para as mulheres em ambas as condições. De facto, os resultados indicam que a intervenção para o VIH/SIDA foi eficaz na redução significativa do número de relações desprotegidas (de 14 para 11.7 no grupo de tratamento) e na percentagem de ocasiões em que os preservativos foram usados (de 26% para 56% no grupo de tratamento), embora não reduzindo o número de parceiros sexuais nos 3 meses prévios (de 2.3 para 1.7 no grupo experimental). Em relação aos efeitos da intervenção no conhecimento do risco, competências de comunicação sexual e estimativa de risco pessoal, as ANCOVAs mostram que as mulheres do grupo de intervenção aumentaram o seu conhecimento sobre o risco e viam-se a si próprias como mais vulneráveis à infecção pelo VIH do que as mulheres do grupo de comparação. Também mostraram mais competências de negociação sexual e de comunicação assertiva do que as mulheres do grupo de comparação. Mais concretamente, na avaliação das competências comportamentais, a intervenção em grupo do VIH/SIDA produziu um efeito significativo em dois índices de comunicação que requeriam autocontrolo (adiando as relações sexuais até obterem preservativo e recusando o sexo sem preservativo), mas não em dois índices de negociação de forma assertiva do uso do preservativo. Kelly e colaboradores concluem que as mulheres com desvantagem do ponto de vista social podem ser ajudadas na redução do seu risco face ao VIH. As intervenções de redução do risco através da mudança comportamental deveriam ser oferecidas de forma rotineira em clínicas de cuidados primários de saúde servindo pacientes de baixo rendimento e de elevado risco. Em suma, este estudo é importante dado que é bem desenhado e proporciona evidência de que as mulheres podem responder de forma eficaz a intervenções cognitivo-comportamentais de aprendizagem/aumento de competências.

El-Bassel e colaboradores (1995) na continuação da pesquisa em mulheres que usam drogas, realizaram uma intervenção de aprendizagem/aumento de competências e suporte social numa população feminina encarcerada (N=145). No processo de recrutamento, as participantes respondiam voluntariamente ou eram referidas pelos profissionais da prisão. Os critérios de inclusão foram os seguintes: uso de drogas 3 vezes ou mais por semana antes do aprisionamento e libertação prevista em 10 semanas.

As participantes foram randomizadas em pequenos grupos de acordo com dois tipos de intervenção: (1) 3 sessões de informação de 2 horas sobre o VIH ou (2) intervenções mais intensivas de 16 sessões de 2 horas de aprendizagem/aumento de competências e suporte social. No seguimento de um mês, a retenção foi de 70%. No momento pré-teste, metade da amostra relatou abstinência sexual ou uso consistente do preservativo. Para comparar a eficácia das duas intervenções foram utilizadas seis medidas de resultado: práticas sexuais seguras, vulnerabilidade face ao VIH, auto-eficácia sexual, competências de *coping*, conhecimento sobre o VIH/SIDA, e percepção de suporte emocional. Os participantes no grupo de intervenção mais intensiva mostraram uma melhoria modesta em três variáveis de resultados, nomeadamente no comportamento sexual seguro, nas competências de *coping* e percepção de suporte emocional. Este estudo piloto proporciona algum apoio à hipótese de que a intervenção de aprendizagem de competências e suporte social é mais eficaz do que apenas a informação sobre a SIDA, no sentido de facilitar o comportamento sexual seguro, as competências de *coping* e o suporte emocional directo.

Considerando as mulheres consumidoras de drogas, Harris, Barker Baussell, Scott, Hetherington e Kavanaugh (1998) realizaram uma intervenção para modificar os comportamentos de elevado risco das mulheres afro-americanas dependentes de drogas. Os autores consideram que as intervenções que não modificam as percepções dos indivíduos têm pouca probabilidade de produzir respostas úteis ou mudanças comportamentais e que é o comportamento – não a raça ou etnia – o principal factor de risco para a infecção pelo VIH (e.g., partilhar seringas contaminadas, contacto heterossexual). Assim, reduzir o risco implica reduzir comportamentos de risco. Por sua vez, esta redução requer intervenções desenhadas face às necessidades sociais, culturais, e de saúde específicas dos indivíduos. Partindo desta premissa consideram que o reforço do poder pessoal (*empowerment*) é um aspecto crítico nas mulheres afro-americanas. Segundo os autores, estes desequilíbrios nas relações homem-mulher – e as suas implicações para a falta de poder feminino – desencorajam a assertividade e a auto-eficácia. O objectivo deste estudo foi o de testar a eficácia de uma intervenção de educação face à SIDA para mulheres afro-americanas dependentes de metadona. As mulheres recrutadas de quatro programas de manutenção da metadona foram randómicamente distribuídas para um de dois grupos: (1) experimental (n=107) ou controlo (n=97). O grupo experimental participou num aconselhamento de pares e num programa de treino para a liderança realizado por duas enfermeiras com experiência

num período de 8 semanas, seguido por 8 semanas de reforço (16 semanas consecutivas). Este programa foi desenhado para reduzir o comportamento sexual de elevado risco face à SIDA, aumentar a auto-estima, diminuir o afecto depressivo, e aumentar as actividades de comunicação de prevenção da SIDA baseadas na comunidade. Mais concretamente o programa de intervenção de 16 sessões foi dividido em 8 semanas de treino intensivo (2 horas por dia, 1 dia por semana) e 8 semanas de sessões de seguimento (1 hora por semana). A discussão no treino intensivo focou-se no (a) controlo e na auto-estima como aspectos centrais no desenvolvimentos de auto-conceitos eficazes, (b) sexo e sexualidade relacionados com a SIDA, (c) as participantes relataram estilos de vida com implicações para o uso de drogas e para o comportamento sexual, (d) preocupações e questões sobre a SIDA, e a importância de falar aos outros sobre a SIDA. Um total de 130 mulheres, das 204 iniciais, completou todas as fases do estudo, incluindo pós-testes longitudinais de 2, 4 e 7 meses. Os resultados indicam que para o comportamento sexual, o efeito principal para o tratamento, após controlar os valores iniciais, foi estatisticamente significativo, ou seja, o grupo de tratamento relatou maior envolvimento em práticas sexuais seguras no tempo, enquanto o grupo de controlo relatou poucas mudanças durante o mesmo período. O número de mulheres que relataram que usaram sempre preservativo nas relações vaginais quase que duplicou no grupo de tratamento (9 versus 17 no seguimento de 7 meses) e diminuiu ligeiramente no grupo de controlo (de 9 para 7). Os autores interpretam estes dados como proporcionando algum suporte da eficácia geral da intervenção experimental. Em relação à depressão, as mulheres que receberam a intervenção experimental relataram menor depressão logo a seguir às sessões de tratamento (2 meses) e mantiveram estes níveis ao longo do estudo. Ter discussões sobre tópicos relacionados com a SIDA obteve efeitos para o tratamento e tempo, o grupo de tratamento relatou mais discussões em todos os 3 períodos de tempo do que o grupo de controlo. Em suma, em comparação com o grupo de controlo, verificou-se diferenças estatisticamente significativas em três dos resultados para o grupo experimental, ou seja, o grupo experimental relatou um aumento nos comportamentos sexuais seguros ($p=.029$), diminuição na depressão ($p=.001$), e relatou ainda maior envolvimento em actividades de comunicação em relação à prevenção do VIH/SIDA na comunidade ($p=.005$). Os resultados do estudo sugerem que o programa de intervenção pode ser eficaz na mudança dos comportamentos sexuais de elevado risco relatados. A intervenção também foi eficaz ao diminuir o afecto depressivo e ao fomentar discussões relacionadas com a SIDA na

comunidade. Estes dados são encorajadores uma vez que os aumentos observados nestes resultados após a intervenção foram mantidos no seguimento de 5 meses. Ao nível das limitações, o estudo foi restrito a apenas uma região geográfica. Além disso, teria sido mais sensível se tivesse incluído apenas mulheres que fossem sexualmente activas. Outra limitação envolve as múltiplas componentes do tratamento que foram testadas, juntamente com o facto de apenas dois grupos terem sido considerados, tornando difícil determinar com exactidão que componentes são responsáveis pelos efeitos observados. Não obstante, a intervenção foi mais eficaz do que o controlo, permitindo verificar a manutenção dos ganhos no seguimento pelo que a adição da intervenção de prevenção do VIH noutros programas que versam outros comportamentos de risco, como é o caso das drogas, é essencial e eficaz.

Hobfoll e colaboradores (1994) realizaram um programa de intervenção de múltiplas sessões para mulheres solteiras grávidas. A base teórica desta intervenção incluiu a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (1977) e a Teoria de Conservação de Recursos (COR) de Hobfoll (1988, 1989). A TAS enfatiza o uso de modelagem para aumentar sentimentos específicos de eficácia nos comportamentos alvos. A TCR sugere que a ameaça da SIDA é um stressor adicional para as mulheres que já se encontram sobrecarregadas nos seus esforços de *coping*. Nestas situações a teoria do COR defende que uma intervenção deve aumentar os recursos pessoais e sociais das mulheres para combater a ameaça crescente. A teoria do COR também sugere que os grupos alvos devem ver a intervenção como adicionando novos recursos e reforçando a força dos recursos actuais. Os autores consideram a ênfase comunitária na intervenção, considerando a necessidade de apoio social entre as mulheres, família, etc. As participantes deste estudo foram 206 mulheres solteiras de baixo rendimento que procuravam cuidados de obstetrícia, tendo sido distribuídas de forma randómica por três condições: (Grupo 1) grupo de prevenção da SIDA com 4 sessões ou um de dois controlos, (Grupo 2) grupo de promoção da saúde, (Grupo 3) grupo sem intervenção. As medidas de avaliação incluíram o conhecimento das práticas sexuais seguras e da SIDA, auto-relato da intenção de comprar e usar preservativo e espermicida, e compra efectiva, práticas sexuais, abstinência e número de parceiros, discussão com o parceiro sobre a SIDA, relato farmacêutico de compra de preservativos e espermicida. Os questionários foram administrados antes e no final da participação das mulheres e no seguimento de 6 meses. Os grupos de prevenção da SIDA e de promoção da saúde proporcionavam informação, treino de competências comportamentais e suporte social. Apenas o grupo

de prevenção da SIDA se focou no conhecimento e competências específicas à SIDA. O tema central das sessões dos grupos de prevenção da SIDA e da promoção da saúde era o de formular um plano de acção. Para fomentar esta prática, as sessões encorajaram o sentimento de auto-eficácia, expectativas positivas de sucesso, competências de negociação, competências de assertividade e medo de consequências de saúde negativas por não actuar de forma saudável. Os métodos incluíram técnicas de reforço, *role play*, e ensaio cognitivo. Os resultados das análises multivariadas de covariância (ANCOVA) mostraram efeitos significativos para o grupo, tempo e para a covariante (valores – pré-intervenção). O efeito significativo da covariante significa que os valores iniciais estavam relacionados com os resultados finais. Assim, Hobfoll e col. (1994) verificaram que o grupo 1 (grupo de prevenção da SIDA) obteve mais ganhos do que o grupo 2 (grupo de promoção da saúde) ou grupo 3 (grupo sem intervenção) em quase todas as variáveis. O grupo 2 não se modificou significativamente em comparação com o grupo 3. Por exemplo, houve um aumento significativo de aquisição de preservativo e espermicida para o grupo de prevenção da SIDA (grupo1) em relação ao grupo de não intervenção. O grupo de promoção da saúde também obteve mais preservativos do que o grupo sem intervenção mas não obteve mais espermicida. Em suma, Hobfoll e col. (1994) concluem que o grupo de prevenção da SIDA produziu aumentos moderados e consistentes no conhecimento e nos comportamentos sexuais seguros em comparação com ambos os grupos de promoção da saúde ou de não intervenção. O auto-relato e as mudanças objectivas foram mantidos 6 meses após a intervenção, independentemente da etnia das participantes. Na discussão do estudo, os autores consideram que o grupo de prevenção da SIDA obteve um resultado mais eficaz do que o grupo de promoção da saúde e o grupo de controlo na maioria das variáveis de resultado, sugerindo um efeito moderado do programa de tratamento. Os resultados positivos para o conhecimento, comportamento, sugerem que ocorreram mudanças importantes. Os autores do estudo consideram ainda que o desenho de múltiplos grupos de controlo permitiram afunilar os ingredientes importantes da intervenção. Assim, as competências gerais de assertividade, competências de negociação, e capacidade de planear não são por si só adequadas para a mudança comportamental significativa. Se fossem, o grupo de promoção da saúde teria sido tão bem sucedido como o grupo de prevenção da SIDA. Isto significa que as mulheres também precisam de ter as competências, especificamente relacionadas com a informação sobre a SIDA e redução do risco específica à SIDA. Uma limitação referida pelos autores é a de que a compensação monetária pela

participação no estudo pode ter afectado o resultado: as mulheres podem ter atribuído a sua participação a fontes externas em vez de motivações internas. Outra questão prende-se com o facto das participantes estarem grávidas, podendo estar mais motivadas para se comportarem de modo saudável. Estes dados também não podem ser generalizados às mulheres que possuem muitos parceiros porque poucas participantes relataram mais de 5 parceiros sexuais durante o último ano. O facto da mudança ter sido mantida após seis meses e o uso de relatórios farmacêuticos da compra de preservativos e espermicida, aumenta a fidelidade dos resultados e a confiança de que a intervenção produz a mudança comportamental significativa.

Um estudo realizado em 1997 por Carey e colaboradores teve como alvo mulheres de baixo rendimento económico. As 102 mulheres em risco (76% Afro-Americanas) foram randomizadas de modo a receberem uma intervenção de redução do risco de 4 sessões (90 minutos por sessão) em grupo ou a serem colocadas numa lista de espera (grupo de controlo). Para além do treino de competências descrito nas intervenções anteriores, esta intervenção incorpora o aumento da motivação (estado de prontidão para a mudança). Nesta abordagem os participantes identificam possíveis estratégias de mudança em vez de estas serem prescritas, determinando quais os seus objectivos de redução do risco e que competências lhes permitem alcançar as metas estabelecidas. As variáveis avaliadas incluíram o conhecimento relacionado com o VIH, a motivação (as atitudes e as percepções de risco), as intenções comportamentais, a comunicação sexual, o uso de substâncias e o comportamento sexual de risco. A avaliação da eficácia da intervenção foi realizada em 3 momentos: o comportamento de risco e os mediadores foram avaliados no pré-teste, 3 semanas após a intervenção e num seguimento de 3 meses. Os resultados deste estudo indicam que as mulheres submetidas à intervenção, ao serem comparadas com o grupo de controlo, relataram melhorias em relação à sensibilização face ao risco (aumento da percepção de risco), aumento do conhecimento, forte intenção de praticar sexo seguro, maior comunicação com os seus parceiros (num espaço de tempo de apenas 3 semanas), diminuição do uso de substâncias próximo das actividades sexuais e diminuição da frequência de relações sexuais vaginais desprotegidas. Estes resultados demonstram que uma intervenção em pequenos grupos, que usa estratégias para fomentar a motivação, pode ajudar as mulheres nos seus esforços para reduzir o risco de infecção pelo VIH. Assim, verificou-se uma melhoria na eficácia da intervenção que incorpora a componente de aumento da motivação logo após a intervenção e manutenção das mudanças no seguimento de três

meses. A intervenção combinada usada neste estudo (aumento da motivação e competências comportamentais) surge como mais eficaz do que as intervenções orientadas apenas para as competências.

Alguns estudos têm sido realizados em clínicas de DSTs. Por exemplo, Boyer, Barrett, Peterman e Bolan (1997) efectuaram um estudo com o objectivo de avaliar a eficácia de uma intervenção cognitivo-comportamental de aprendizagem de competências para prevenir as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) nos adultos heterossexuais que se encontram em risco. De facto, na ausência de vacinas eficazes contra as DSTs, a prevenção primária através do reforço de competências para modificar os comportamentos sexuais de risco é necessária. Tratou-se de uma investigação randómica controlada (*randomized controlled trial*) com avaliações de pré-teste e de seguimentos de 3 e 5 meses. A amostra foi recrutada numa clínica de DSTs em San Francisco, sendo constituída por um total de 399 pacientes (homens e mulheres), com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, que foram randomicamente destinados a uma de duas intervenções: (1) intervenção cognitivo-comportamental (experimental) de 4 sessões individuais de 60 minutos, com múltiplas componentes em quatro semanas consecutivas (n=199), ou (2) uma sessão de aconselhamento *standard* de redução do risco (condição de controlo) de 15 minutos, oferecida a todos os pacientes (n=200). A intervenção foi baseada no Modelo de Redução do Risco para a SIDA (MRRS), considerando os três estádios (classificação, compromisso e acção) e teve como objectivos de intervenção aumentar o conhecimento sobre a transmissão e prevenção de DST/VIH, construir competências eficazes de tomada de decisão e de comunicação para modificar os comportamentos sexuais e identificar e modificar os factores de risco relacionados com as DST/VIH, tal como os seus antecedentes psicossociais associados. A principal medida de resultado de interesse foi o diagnóstico de DST (e.g., gonorreia, clamídiase) e o resultado secundário foi o número de actividades sexuais de risco. Os participantes foram entrevistados num momento pré-intervenção e em seguimentos de 3 e 5 meses em relação a medidas sócio-demográficas e factores clínicos de DST, comportamentos de risco relacionados com DST/VIH, conhecimento sobre DST/VIH/SIDA e factores psicossociais. Os resultados indicaram que não existiam diferenças entre os grupos de intervenção (13%) e o de controlo (11%) na aquisição de DST. Em relação aos resultados comportamentais, nos homens, o uso do preservativo aumentou mais no seguimento de 3 meses no grupo de intervenção do que no grupo de controlo (56.8 versus 42.3%; $p<.05$). Para as mulheres,

não foram encontradas diferenças significativas nos resultados comportamentais entre os grupos de intervenção e o de controlo nos seguimentos de 3 e 5 meses. Nas medidas de conhecimento e factores psicossociais verifica-se que a única mudança significativa no seguimento de 5 meses foi o valor médio da variável “encorajar os parceiros sexuais a usar preservativo” nos homens do grupo de intervenção (de 2.75 para 3.16) e no grupo de controlo (de 2.72 para 2.82; $p < .05$). Adicionalmente, o número médio de parceiros sexuais sem uso do preservativo foi mais baixo no grupo de intervenção do que no grupo de controlo, no seguimento de 5 meses (.6 versus .9; $p < .01$). Verifica-se assim, que esta intervenção não teve um impacto significativo nos comportamentos de redução do risco ou de DST, embora tenha tido algum impacto nos comportamentos da população masculina. Os autores consideram um conjunto de possíveis explicações para este fenómeno, como, por exemplo, o facto das medidas não serem suficientemente sensíveis para detectarem flutuações no comportamento ou competências. Não obstante, reconhecem que a intervenção não teve um impacto significativo no conhecimento face às DST/VIH/SIDA. Em síntese, a ausência de resultados significativos também pode ser explicada pelo facto de a intervenção não ser suficientemente intensa ou desenhada para abordar as necessidades específicas desta população adulta de elevado risco. Pode ser necessário determinar os estádios específicos de mudança dos indivíduos, tal como as barreiras à mudança. Assim, esta investigação da eficácia de uma intervenção realizada por Boyer e colaboradores (1997) não é, de facto, eficaz na população feminina, realçando mais uma vez a necessidade de considerar aspectos específicos das mulheres nas intervenções, sugerindo o desenvolvimento e avaliação de novas intervenções cognitivo-comportamentais para os indivíduos que estão em risco para DSTs.

Outro estudo com pacientes de uma clínica de DSTs (O’Leary et al., 1998) testou uma intervenção informativa e de treino de competências de 10 horas em pequenos grupos. A amostra de 472 participantes (195 mulheres) foi randomizada para receberem um dos dois tipos de intervenção: uma intervenção de redução do risco para a SIDA (sete sessões) ou informação breve sobre o VIH na condição de controlo. No âmbito da avaliação, foi realizada uma entrevista de 90 minutos sobre informação demográfica, cuidados de saúde, comportamentos de risco face ao VIH (número de parceiros sexuais, número de actos sexuais desprotegidos, proporção de uso do preservativo), e um conjunto de mediadores relacionados com a teoria sócio-cognitiva do uso do preservativo nos momentos pré-teste e 3 meses após a intervenção (auto-eficácia no uso do preservativo, expectativas de resultado no uso do preservativo). Os

resultados obtidos indicaram que os participantes de ambas as condições mostraram reduções significativas nas relações desprotegidas, no número de parceiros e aumentos no uso do preservativo. Também relataram melhorias na auto-eficácia, nas crenças, tal como diminuição do risco após a intervenção. Contudo, não houve diferenças significativas entre as condições de tratamento, indicando que os efeitos motivacionais da entrevista podem ter sido mais fortes do que os efeitos da intervenção nesta população. De facto, os resultados deste estudo indicam uma redução significativa do risco no tempo mas nenhum efeito significativo da intervenção cognitivo-comportamental em pequenos grupos. Relativamente à possibilidade de que as entrevistas breves podem produzir mudanças no comportamento sexual nos indivíduos de elevado risco, esta hipótese necessita de maior estudo.

The NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group (1998) foi um estudo de larga escala desenhado para homens e mulheres desfavorecidos que se encontravam em risco de infecção pelo VIH. Os participantes do estudo foram randomizados para receber uma de duas intervenções: uma intervenção intensiva em pequeno grupo ou um programa informativo. A intervenção em pequeno grupo, desenhada para provocar impacto na mudança comportamental usando os princípios da teoria sócio-cognitiva, proporcionou sensibilização face ao risco e informação combinada com a aprendizagem de competências para a gestão, para o uso do preservativo e negociação face ao uso do preservativo. Os resultados indicaram reduções significativas no risco sexual auto-relatado para os participantes submetidos à intervenção em relação aos participantes do grupo de controlo, tal como 50% de redução na incidência da gonorreia nos homens.

No âmbito da redução do risco para a SIDA nas mulheres urbanas, Mackenzie, Hobfoll, Ennis, Kay, Jackson, e Lavin (1999) efectuaram uma revisão do Programa Colectivista de *Empowerment* de Prevenção da SIDA (CE-AP), financiado pelo NIMH. Os autores discutem o processo subjacente ao seu projecto de prevenção do VIH para as mulheres jovens residentes na zona urbana. Consideram que as intervenções para a saúde são quase sempre baseadas em modelos individualistas de saúde e comportamento. Em contraste, a SIDA e sua prevenção, pela sua natureza social, pode implicar princípios mais colectivistas de doença, saúde e intervenção. Assim, realizaram uma intervenção comportamental, o programa CE-AP, com mulheres jovens, para lidar com esta temática da saúde. Este programa tenta promover o sexo seguro nas mulheres com poucos recursos económicos e geralmente com pouco poder (*empowerment*), usando os princípios derivados das teorias do colectivismo e do *empowerment*

(conforme abordados no capítulo 2). As mulheres foram recrutadas nas clínicas e randómicamente distribuídas por um de três tipos de intervenção: (1) intervenção de prevenção da SIDA, (2) condição de controlo de intervenção na saúde geral, ou (3) condição de controlo sem intervenção. Os questionários avaliaram o conhecimento face à SIDA, a percepção do risco para a SIDA, suporte social, stressores agudos e crónicos, e práticas de sexo seguro (e.g., uso do preservativo). Os momentos de avaliação incluíram um pré-teste, pós-teste e seguimento de 6 meses, para avaliar os efeitos a longo prazo da intervenção. As mulheres submetidas aos grupos de prevenção da SIDA ou Promoção da Saúde frequentaram sessões de grupo de 90 minutos num período de 3 meses. O grupo de prevenção da SIDA (6 sessões) abordou a prevenção do VIH/SIDA, enquanto o grupo de promoção da saúde abordou preocupações gerais de saúde como beber, fumar e exercício. De facto, o programa CE-AP representa a primeira investigação controlada em grupo publicada no âmbito da prevenção da SIDA nas mulheres (Hobfoll et al., 1994). O objectivo principal da intervenção foi o de promover o sentido de pertença das mulheres, tal como as escolhas saudáveis sobre os seus corpos. A ênfase comunal incorporada na intervenção foca-se na necessidade das mulheres de se apoiarem mutuamente, as suas famílias e a saúde da comunidade (Hobfoll et al., 1994). O colectivismo é enfatizado para encorajar as mulheres a envolverem os outros nas suas decisões de saúde comportamentais e para ganharem poder através da junção social e da construção de coligação. Em relação aos métodos utilizados nos grupos para facilitar a aprendizagem de competências sociais, os investigadores ajudaram as mulheres a praticarem estas competências através do ensaio cognitivo (Meichenbaum, 1977; cit. por Mackenzie et al., 1999): era sugerido às mulheres para fecharem os olhos, imaginarem que se encontravam numa situação e tentarem trabalhar como agiriam nessa situação. Nesta investigação foram utilizadas videocassetes para facilitar a intervenção. O *role-play* também foi empregue para aprenderem competências que podem ser praticadas em grupo (e.g., discutir o uso do preservativo com o parceiro). A negociação é encorajada através da prática de como reconhecer os sentimentos do parceiro, necessidades e desejos, sem comprometer os próprios interesses. A imaginação guiada é outro exercício que foi empregue na intervenção em grupo, que incluiu segmentos de condicionamento aversivo nos vídeos para aumentar o sentimento de vulnerabilidade (e.g., ficar infectada com o VIH). Após o cenário negativo de saúde, emparelharam um comportamento saudável com um resultado positivo com o objectivo de aumentar a sensação de eficácia.

Os resultados do CE-AP indicam que o grupo de prevenção da SIDA produziu aumentos moderados e consistentes no conhecimento e nos comportamentos de sexo seguro em comparação com o grupo de promoção da saúde e com o grupo sem intervenção. As mulheres no grupo de prevenção da SIDA exprimiram mais intenções de comprar preservativos e espermicida do que as mulheres nos outros dois grupos. O grupo de prevenção da SIDA relatou também maior aquisição de preservativos e espermicida, e frequência de uso durante as relações sexuais do que as mulheres no grupo de intervenção. As mulheres no grupo de saúde também adquiriram mais preservativos do que o grupo de controlo. A medida dos “cartões de crédito para os preservativos” permitiu uma avaliação mais objectiva do uso de preservativo e espermicida. Os registos revelaram que mais mulheres do grupo de prevenção da SIDA compraram preservativos com o cartão de crédito em comparação com o grupo sem intervenção. Em relação às competências, o registo áudio permitiu classificar as competências de assertividade e negociação. As mulheres do grupo de prevenção da SIDA e do grupo de saúde mostraram maior assertividade e competências de negociação em comparação com o grupo de não intervenção. Grande parte das diferenças foi entre a condição de prevenção da SIDA e a condição de não intervenção o que parece sugerir que as competências de assertividade, planeamento e de negociação por si só não são suficientes na produção da mudança comportamental significativa. A combinação de conhecimentos específicos à SIDA e as competências apropriadas são necessárias (Hobfoll et al., 1994; cit. por Mackenzie et al., 1999). Assim, as análises preliminares indicam a eficácia do programa na mudança do comportamento sexual seguro quando aplicado a mulheres não grávidas e a mulheres em diferentes níveis de risco.

O estudo acima foi o primeiro numa série de estudos de prevenção do VIH de Hobfoll e colaboradores que têm contribuído de modo significativo para a investigação da prevenção do VIH. Em 2002, Hobfoll e colaboradores completaram 8 anos de um ciclo de investigação sobre 2 estudos de prevenção (primeiro o GAC e, posteriormente, o ACCENT). Entretanto foram publicados artigos que se focam no conhecimento, atitudes e comportamentos de sexo seguro das mulheres (Britton et al., 1998; Hobfoll et al., 1993, 1994; Hobfoll, & Schroder, 2001; Schroder et al., 2001) e artigos sobre a eficácia da intervenção (Hobfoll et al., 1994; MacKenzie et al., 2000). Os programas GAC e ACCENT foram aplicados a nível nacional na prevenção com jovens adultos (Hobfoll et al., 1996; PASHA, 1996; cit. por Hobfoll, grant application). Em termos dos

resultados do GAC (*General AIDS Competency*), verificou-se que este programa de intervenção foi eficaz (Hobfoll et al., 1994). Os resultados indicam também que a intervenção geral de promoção da saúde (mais vasta e geral) foi marginalmente eficaz na promoção do comportamento sexual seguro, mas não tão eficaz como a intervenção de prevenção da SIDA designada por GAC (mais focada e específica).

Na segunda investigação, Hobfoll e colaboradores (2000) desenvolveram um sistema de classificação comportamental multifacetado de confiança. Os resultados preliminares (800 mulheres) confirmam que as mulheres dos grupos de prevenção da SIDA (GAC) e da promoção da saúde em geral tinham maiores competências comportamentais no seguimento de 6 meses do que o grupo de controlo sem intervenção no âmbito de comportamentos como conversar sobre comportamentos de saúde, assertividade, competências de negociação e maior competência ($p < .01$).

Na investigação que se encontra em curso os autores (Hobfoll et al., 2002) examinaram novamente a utilização do cartão de crédito para avaliar o uso de preservativos. O grupo de prevenção da SIDA (GAC) obteve mais preservativos do que o grupo de promoção da saúde, cujos participantes obtiveram mais preservativos do que os controlos não submetidos a intervenção. A intervenção preventiva face à SIDA também reduziu o número de DSTs (avaliadas do ponto de vista médico), em particular para as mulheres com história de DST prévia na vida (e.g., mulheres com risco elevado para as DSTs).

Por último, os autores realizaram um teste piloto da intervenção ACCENT (*Accelerating Capacity for Conflict Exposure Negotiation Training*) usando segmentos apropriados de videocassetes, onde a líder iniciava os *role-plays* em 4 grupos com um total de 28 mulheres. O Programa ACCENT (Capacidade Acelerada para o Treino de Negociação e Exposição ao Conflito) foi elaborado com os objectivos de promover as competências de negociação em situações de pressão, transmitindo em simultâneo, conhecimentos sobre o sexo seguro e os comportamentos de risco. Este programa foi estruturado em 6 sessões, 4 de visualização de vídeos e 2 de discussão livre, ao longo das quais as mulheres ensaiaram e adquiriram competências de comunicação, nomeadamente, a assertividade. Assim, testaram 4 grupos para a intervenção ACCENT (6 sessões por cada grupo) com sucesso ao nível da frequência, durante um período de 2 meses para cada grupo. As respostas aos questionários indicaram mudanças no sexo seguro do pré-teste ao pós-teste, semelhantes às aquelas encontradas nos grupos GAC, e classificações de competências de negociação adquiridas, sugerindo que os grupos

foram bem sucedidos no ensino deste conjunto complexo de comportamentos. Contudo, o baixo número de participantes não permitiu a aplicação de testes estatísticos.

A investigação do NIMH (*The National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial Group*, 2001) consistiu numa intervenção para reduzir os comportamentos sexuais de risco face ao VIH em 3.706 homens e mulheres de baixo rendimento em sete localidades dos E.U.A. As participantes foram recrutadas em clínicas de DSTs e organizações de serviços de saúde (num total de 37) para populações de baixo rendimento. Os critérios de selecção implicavam que fossem clientes dos locais de recrutamento e relatarem terem tido relações sexuais desprotegidas nos últimos 90 dias, preenchendo pelo menos um dos seguintes critérios de risco para o VIH: terem tido sexo com um ou mais novos parceiros sexuais; terem mais de um parceiro sexual; terem tido uma DST; terem tido sexo com uma pessoa que sabem ter outros parceiros sexuais; terem tido sexo com uma pessoa que sabem ter usado drogas injectáveis ou estar infectada com o VIH. As 3.706 participantes receberam pelo menos uma sessão de intervenção. De notar que a maior parte das participantes eram de etnia afro-americana (68%) ou hispânica (20%). Em relação ao desenho da investigação, as participantes foram aleatoriamente distribuídas por uma de duas condições. Na condição de controlo, as participantes receberam uma sessão de uma hora de educação face ao VIH em que viram uma cassete de vídeo informativa sobre o VIH. Este processo foi seguido por um breve período de questões e respostas. Às participantes da condição de intervenção, chamado projecto LIGHT (*Living in Good Health Together*), foi pedido para frequentarem sete sessões de 90 a 120 minutos de redução do risco face ao VIH em pequenos grupos, duas vezes por semana. O projecto LIGHT foi baseado nos princípios de mudança da teoria sócio-cognitiva e enfatizou o desenvolvimento, a prática e a aplicação pessoal das estratégias de redução do risco. Esta intervenção proporcionou informação sobre os resultados esperados em relação ao uso do preservativo e à respectiva não utilização, tal como a modelagem, a prática individualizada e o estabelecimento de objectivos com *feedback*. As actividades de aprendizagem de competências focaram-se no uso do preservativo, negociação do preservativo e no auto-controlo sexual. No geral, a participação nas sessões de intervenção foi boa (63% das participantes frequentaram 6 ou 7 sessões). A taxa de retenção foi relativamente elevada (82%) devendo-se ao facto das participantes não terem sido randomizadas até se apresentarem para uma sessão de intervenção. Ao nível das medidas, este estudo avaliou o comportamento sexual de risco (3 meses antes de cada ponto de avaliação: quantas

vezes tiveram relações vaginais ou anais; e se usou preservativo) e os mediadores sócio-cognitivos (auto-eficácia na negociação do preservativo; expectativa de resultado no uso do preservativo – físicas, sociais e de auto-avaliação; conhecimento sobre o sexo seguro; avaliação das competências de uso do preservativo).

No âmbito dos resultados, o efeito do tratamento no comportamento sexual mostra que a intervenção se encontra significativamente associada com aumentos no uso consistente do preservativo ou abstinência (e.g., no seguimento de 3 meses, 27% das participantes do controlo e 42% das participantes da intervenção tinham comportamentos sexuais seguros). Ao nível dos efeitos da intervenção nas variáveis mediadoras, todos os sete mediadores foram significativamente mais elevados nas participantes da condição de intervenção em relação aos participantes da condição de controlo. A adição de variáveis mediadoras desenhadas para avaliar as componentes do programa de intervenção, reduziram significativamente o efeito de intervenção em aproximadamente 36%, sugerindo que o sucesso da intervenção foi pelo menos parcialmente devido às mudanças nos elementos da TSC (Teoria Sócio-Cognitiva) medidos (auto-eficácia, expectativas de resultado e conhecimento). Contudo, estes factores da TSC não explicaram a eficácia da intervenção na sua totalidade, por isso, outros factores não medidos também contribuíram para o impacto da intervenção na redução do risco sexual. Será então importante incluir componentes de intervenção de outras áreas. Outros aspectos referem-se ao efeito de interacção género×condição de tratamento no resultado do sexo seguro que não foi significativa, indicando que os homens e as mulheres não foram diferentes na sua resposta à intervenção. Concluindo, o estudo do NIMH (2001) mostra que a intervenção, baseada na teoria sócio-cognitiva e desenhada para influenciar a mudança comportamental através da melhoria dos resultados esperados do uso do preservativo, aumento do conhecimento, das competências e auto-eficácia para realizar comportamentos sexuais seguros, foi eficaz relativamente a uma condição de controlo na redução do comportamento sexual de risco.

Em suma, as intervenções de prevenção do VIH em grupo de múltiplas sessões aqui revistas têm sido realizadas com relativo sucesso em diversas populações femininas de risco. Ao nível das estratégias encontramos várias componentes nas intervenções que variam desde o reforço, *role play*, ensaio cognitivo (Hobfoll et al., 1994) e imaginação guiada (Mackenzie et al., 1999). No âmbito dos resultados dos estudos, o panorama geral permite verificar que algumas intervenções são eficazes no

aumento significativo do uso do preservativo e de práticas sexuais seguras (e.g., Harris et al., 1998; Schilling et al., 1991-1992), na diminuição da frequência de relações sexuais desprotegidas, no aumento do conhecimento sobre o risco, na percepção de vulnerabilidade, nas competências de negociação sexual e de comunicação assertiva do uso do preservativo (Kelly et al., 1994), no aumento da motivação (Carey et al., 1997), entre outras variáveis de resultado. Outros estudos não mostraram resultados significativos na diminuição de DSTs nem na redução dos comportamentos de risco nas mulheres (Boyer et al., 1997; O'Leary et al., 1998; *The NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group*, 1998).

No geral, os resultados dos estudos fornecem orientações futuras recomendando que as intervenções sejam oferecidas de forma rotineira em clínicas de cuidados primários de saúde servindo pacientes de baixo rendimento e de elevado risco, considerando necessária mais pesquisa empírica para identificar de forma definitiva as contribuições específicas dos vários componentes da intervenção (Harris et al., 1998). Existe a necessidade de considerar aspectos específicos das mulheres nas intervenções (Boyer et al., 1997), nomeadamente, as directrizes apontam no sentido de encorajar o sentimento de auto-eficácia, expectativas positivas de sucesso, competências de negociação, competências de assertividade e medo de consequências de saúde negativas por não actuar de forma saudável (Hobfoll et al., 1994), tal como intervenções mais complexas e exigentes que consideram os conceitos de *empowerment*, colectivismo (opondo-se ao individualismo) e aprendizagem de competências (Mackenzie et al., 1999). Podemos concluir que o cenário de grupo tem-se mostrado eficaz na prevenção da SIDA quando se trabalha com mulheres.

Por fim, os estudos enumeram um conjunto de limitações, como as elevadas taxas de desistência (uma explicação para a desistência encontrada pelos autores prende-se com a dificuldade em voltar a contactar as mulheres num período de tempo relativamente extenso), o facto de muitas participantes não estarem disponíveis no seguimento, o facto das medidas não serem suficientemente sensíveis para detectarem flutuações no comportamento ou competências, e a desejabilidade social, tal como a hipótese de a entrevista demorada poder ser reactiva, acabando por modificar o comportamento. Perante estes obstáculos, é necessário realizar investigações com amostras mais amplas, tal como com períodos de seguimentos mais longos. O desenho de múltiplos grupos de controlo pode ser benéfico, permitindo afunilar os ingredientes importantes da intervenção (Hobfoll et al., 1994).

3.4. As Intervenções ao Nível Comunitário

As intervenções descritas anteriormente foram administradas a pequenos grupos ou a indivíduos, mas existe ainda outro tipo de intervenção que é a de cariz comunitário. De acordo com a revisão da literatura (e.g., Sikkema, Kelly, Winett, et al., 2000; Straub, 2002), a vantagem desta abordagem preventiva é a que ela representa uma forma eficaz do ponto de vista económico de alcançar uma população mais vasta, tendo mostrado ser a melhor forma de educar as pessoas face ao VIH e suas vias de transmissão, e possui as vantagens adicionais de modificar as normas sociais que influenciam o comportamento sexual, podendo ser particularmente benéfica para as mulheres considerando o conceito de *empowerment* que é central nestes programas de intervenção. Por exemplo, o Modelo de San Francisco (Coates, 1990; cit. por Straub, 2002) foi um programa comunitário de prevenção da SIDA em larga escala implementado na cidade de San Francisco em 1982, que envolveu sete organizações (e.g., escolas, centros de planeamento familiar, igrejas) com o objectivo de ensinar práticas sexuais seguras. Este programa provou a sua eficácia através da diminuição do envolvimento em comportamentos de elevado risco de 60% para 30%. O estudo de Sikkema, Kelly, Winett e colaboradores (2000) também é exemplo de uma intervenção comunitária, onde um conjunto de intervenções foi realizado com mulheres residentes em 18 habitações sociais de cinco cidades dos EUA. As habitações foram randomizadas para receberem respectivamente (1) a intervenção comunitária ou (2) pacotes que incluíam brochuras informativas sobre o VIH, preservativos gratuitos e possibilidade de obterem preservativos adicionais (condição de comparação). Para além de preservativos e materiais educativos face ao VIH, a intervenção comunitária de 12 meses foi composta por *workshops* de redução do risco face ao VIH em pequenos grupos (e.g., educação face às DSTs/VIH, saúde sexual e reprodutiva feminina, uso do preservativo, assertividade sexual e competências de negociação, etc.) e eventos de prevenção do VIH na comunidade (e.g., concursos sobre o tema do sexo seguro para as mulheres, concertos com mensagens de prevenção da SIDA, etc.), ambos realizados por um líder de opinião feminino residente que previamente participou nestas sessões. A avaliação do comportamento de risco para o VIH foi realizada em dois momentos que englobaram o pré-teste em 1.265 mulheres e o de seguimento de um ano com 690 mulheres. Os resultados mostraram que houve uma diminuição no sexo desprotegido no grupo de intervenção comunitária (de 50% para 38%), enquanto que no grupo de controlo houve uma manutenção (de 50% para 46%), tal um aumento do uso do preservativo nas mulheres submetidas à intervenção

comunitária (de 30% para 47%), sem alteração significativa na condição de comparação (de 34% para 36%). Também foram verificados efeitos significativos da intervenção comunitária ao nível da mudança do comportamento sexual, quando comparada com a condição de controlo, nas seguintes medidas: ter preservativos em casa ou na mala, maior pontuação obtida nas medidas de conhecimento sobre o VIH, maior percepção de risco pessoal face à SIDA, e discussão mais frequente sobre o uso dos preservativos. Este estudo demonstra a eficácia de uma intervenção de mudança de comportamento com base na comunidade para as mulheres da cidade pertencentes a minorias, tendo produzido redução no comportamento sexual de risco face ao VIH num conjunto de indicadores já mencionados. No mesmo sentido, um estudo de Oliva, Rienks, Udoh e Smith (2005) testou uma intervenção comunitária bio-psico-comportamental (BPC) de prevenção do VIH no projecto de educação e prevenção das prostitutas e no projecto de saúde familiar da universidade da Califórnia. Os resultados preliminares deste estudo também são promissores, indicando que a intervenção bio-psico-comportamental comunitária é eficaz ao melhorar as atitudes relacionadas com os preservativos, a auto-eficácia face ao uso dos preservativos e as intenções para praticar a redução do risco face a outras DSTs/VIH. Também Pettifor, Kleinschmidt, Levin e col. (2005) efectuaram uma estudo com base comunitária com o objectivo de examinar os efeitos de uma intervenção de prevenção do VIH nos jovens sul-africanos com idades compreendidas entre os 14 e os 24 (N=8.735). Os resultados da avaliação do pré-teste indicaram diferenças de género, sendo que as mulheres demonstraram maior prevalência do VIH (20% vs. 7.5%). Por esta razão, os autores consideram que os programas de prevenção do VIH devem assegurar que as desigualdades de género que colocam as mulheres em maior risco para a infecção pelo VIH devem ser abordadas, devendo-se enfatizar a importância do tratamento das DSTs, tal como da redução do número de parceiros sexuais.

Verifica-se que as intervenções ao nível comunitário, que envolvem as mulheres nas actividades de prevenção do VIH, que as ajudam a desenvolver competências de redução do risco e normas de grupo de pares para reforçar as mudanças, podem provocar reduções nos comportamentos sexuais de elevado risco. Podemos concluir que as intervenções ao nível comunitário são, de facto, promissoras e superiores à intervenção individual e em pequenos grupos no que concerne ao custo-eficácia, sustentabilidade, e generalização dos benefícios (*empowerment*) a outros aspectos relevantes na comunidade.

3.5 Estudos que Comparam as Abordagens Teóricas das Intervenções

A investigação do NIMH (1997/1998) foi a primeira investigação de larga escala de uma intervenção comportamental de redução do risco para o VIH numa população de baixo rendimento em risco heterossexual. Não obstante, também foram realizadas outras investigações de menor dimensão, tal como as anteriormente descritas, algumas das quais revistas por Peterson e DiClemente (2000). Tal como na investigação do NIMH, muitas destas investigações têm sido baseadas na teoria sócio-cognitiva e em técnicas terapêuticas cognitivo-comportamentais, embora tenham sido utilizados outros modelos como, por exemplo, o Modelo de Crenças da Saúde (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994) e a Teoria da Acção Racional (Fishbein, Middlestadt, & Hitchcock, 1994). Contudo, as avaliações destas intervenções têm-se focado na avaliação da mudança comportamental, não verificando as componentes da intervenção desenhadas para produzir a mudança. Por exemplo, a Teoria Sócio-Cognitiva (TSC; Bandura, 1994) e o Modelo de Informação Motivação e Competências Comportamentais (MIMCC; Fisher & Fisher, 1992) são teorias de mudança do comportamento que têm servido de apoio para muita investigação sobre a intervenção na área do VIH. Estes modelos dão importância à informação fidedigna, à motivação, à auto-eficácia e às competências comportamentais na modificação do comportamento sexual de risco.

Na generalidade, as intervenções descritas anteriormente incluem a aprendizagem de competências de comunicação para melhorar a capacidade das mulheres negociarem o uso do preservativo com os seus parceiros, tal como outras competências no domínio do comportamento sexual de risco, como por exemplo o auto-controlo ou auto-gestão. As competências podem ser desenvolvidas de modo a identificarem e a gerirem os antecedentes do comportamento de risco para que as situações mais complicadas possam ser evitadas, constituindo um processo que realça a necessidade de negociar com o parceiro masculino o uso do preservativo. Torna-se deste modo essencial a aprendizagem de competências chave para o processo de mudança comportamental, identificando mais concretamente o que influencia essa mesma mudança.

Tal como referido na introdução deste capítulo, a revisão da literatura revela que grande parte dos estudos compara uma intervenção individual com múltiplas componentes face a uma condição de controlo. No entanto, caso a intervenção obtenha melhores resultados em relação ao controlo na mudança do comportamento de risco, torna-se difícil saber que componentes da intervenção poderiam ter sido necessárias.

Daí a importância de compreender a influência dos mediadores. As análises de mediação são importantes porque permitem identificar as componentes da intervenção que estão associadas com a mesma e que pelo menos explicam parcialmente os efeitos da mudança comportamental de uma intervenção com múltiplas componentes. Estudos como o do NIMH avaliaram uma intervenção com várias componentes face a um único grupo de controlo (*The NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group*, 2001). Como mencionado previamente, as intervenções de prevenção do VIH têm sido proporcionadas em formatos que incluem múltiplas sessões e componentes. Assim, para identificar os elementos eficazes das intervenções é necessário randomizar as participantes por condições que proporcionem uma componente ou um conjunto de componentes (O’Leary, DiClemente, & Aral, 1997).

Alguns estudos randomizaram as mulheres para diferentes componentes da intervenção com o objectivo de comparar estratégias de intervenção e verificar a eficácia das mesmas. Por exemplo, o estudo de Kalichman, Rompa, e Coley (1996) implicou uma análise experimental das componentes de competências comportamentais e seus efeitos na redução do risco sexual face ao VIH nas mulheres afro-americanas da cidade (N=128) num plano factorial que examinou os efeitos separados e combinados das componentes cognitivo-comportamentais da intervenção de redução do risco face ao VIH. As participantes foram randomizadas/distribuídas aleatoriamente para receberem uma de quatro intervenções em quatro sessões, duas vezes por semana: (a) treino de competências de comunicação sexual (e.g., assertividade sexual, negociação); ou (b) treino de competências de auto-gestão (e.g., reestruturação cognitiva, técnicas de modificação comportamental para identificar e gerir situações de elevado risco); ou (c) a combinação de ambos os treinos (a e b); ou (d) pertencerem a um grupo de controlo de educação face ao VIH/sensibilização para o risco sem treino de competências. As medidas de avaliação incluíram a informação demográfica, os conhecimentos relacionados com a SIDA, as intenções para mudar comportamentos relacionados com o risco, auto-relato da história de risco face ao VIH, comportamentos relacionados com o risco para o VIH e estratégias de redução do risco (e.g., evitamento dos antecedentes como o uso de álcool ou drogas antes das relações sexuais). Os momentos de avaliação incluíram pré-teste, pós-teste e seguimento de 3 meses. Os resultados do seguimento de 3 meses proporcionam apoio parcial para as hipóteses do estudo. As mulheres que receberam o treino de competências de comunicação (a) relataram maior diálogo com os parceiros sobre o uso de preservativos e maior recusa em praticar sexo desprotegido.

Em relação ao comportamento sexual de risco, as mulheres que receberam as competências da intervenção combinada relataram um menor número de actos sexuais desprotegidos. De facto, os resultados mostraram que as mulheres que receberam o treino de competências de comunicação sexual e competências de gestão (a+b) apresentaram as taxas mais baixas de actividade sexual de risco no seguimento, sugerindo que a combinação de competências é necessária para que as mulheres sejam bem sucedidas na redução do risco face ao VIH.

Outro estudo mais recente de Lawrence, Wilson, Eldridge, Brasfield e O'Bannon III (2001) comparou intervenções experimentais orientadas por 3 diferentes abordagens teóricas, nomeadamente a Teoria do Género e do Poder (TGP), a Teoria da Aprendizagem Social (TAS) ou a Teoria Sócio-Cognitiva (TSC). Estas intervenções foram dirigidas a mulheres afro-americanas de baixo rendimento residentes no Mississippi (n=445) e comparadas com uma condição de controlo (lista de espera). Cada intervenção foi composta por 6 sessões de 90 a 120 minutos, sendo que as duas primeiras foram idênticas nas três condições (e.g., informação sobre as DSTs, transmissão e prevenção, e epidemiologia local) e as últimas quatro sessões variaram no formato e actividades, consistente com os três modelos teóricos. A intervenção baseada na TGP (apenas informação e discussão das barreiras face ao sexo seguro) foi realizada sem incluir a modelagem ou prática, ou seja, foram evitadas as técnicas de aprendizagem de competências, enquanto que a intervenção baseada na TAS (informação + observação de competências) proporcionou a modelagem das competências pelas oportunidades de aprendizagem vicariante sem praticar as competências (e.g., negociação do sexo seguro, recusa, aplicação do preservativo). Apenas a intervenção baseada na TSC (informação + observação de competências + prática de competências) incentivou as participantes a praticarem as competências. Por razões éticas, as participantes da lista de controlo foram submetidas a uma intervenção posterior ao término da investigação. Os resultados indicaram que as mulheres nas intervenções experimentais mostraram mudança diferencial nos índices cognitivos (conhecimento sobre a SIDA e atitudes face à prevenção) e na aquisição de competências comportamentais (competências de negociação com o parceiro, aplicação correcta do preservativo, e proporcionar informação às redes sociais – discussão sobre o VIH/SIDA), enquanto que não houve mudanças no grupo de controlo. As mulheres submetidas às três intervenções experimentais também completaram avaliações de seguimento de um ano. Nas 3 condições experimentais, verificou-se um aumento do uso

do preservativo em relação ao grupo de controlo e nenhuma diferença entre as intervenções com diferentes bases teóricas. A percentagem de ocasiões de relações sexuais em que o preservativo foi usado foi maior no pós-teste em todas as condições de intervenção relativamente ao grupo de controlo (aumento de 37% para 44%). Não se verificaram diferenças significativas nas mulheres submetidas às condições de intervenção e os ganhos no uso do preservativo foram mantidos em seis meses (54%) e um ano (49%). Embora as mulheres na condição da TGP não tenham sido expostas a modelagem ou ensaio cognitivo pelos líderes do grupo, elas modelaram de umas para as outras e encorajaram os outros membros do grupo a ensaiarem conselhos dados por membros do grupo com base nas suas experiências pessoais (e.g., propondo uma alternativa mais segura). Assim, estes resultados proporcionam apoio para as intervenções baseadas apenas na TGP, embora as mulheres das condições da TSC e da TAS com os ensaios tenham aumentado as suas competências de realização em todas as componentes de competências. A análise do seguimento de 6 e 12 meses revelou que as mulheres que formaram uma nova relação tinham maior probabilidade de usar preservativo (68%), o que sublinha a relativa dificuldade que as mulheres podem sentir ao tentarem introduzir o uso do preservativo numa relação duradoura. As mulheres que se encontravam em novas relações relataram maior uso do preservativo do que as mulheres que permaneceram nas relações de longa duração. Estes resultados sugerem que os modelos de intervenção que provaram ser eficazes para as mulheres que se envolvem em comportamentos de elevado risco, podem ser menos eficazes para as mulheres que se encontram em relações já estabelecidas onde o risco deriva do comportamento extra relacional dos seus parceiros. Em suma, as intervenções avaliadas neste estudo são consistentes com a literatura existente na medida em que aumentam a motivação e as competências para a redução do risco sexual e no aumento do uso do preservativo.

Têm sido publicados alguns estudos que têm por base uma ou mais teorias que guiam a intervenção. Para exemplificar podemos recorrer aos estudos apresentados no quadro 3 que se focam na área da prevenção do VIH. Observa-se que estes estudos (e.g., Carey et al., 2000) seguem modelos teóricos proeminentes.

**Quadro 3. Intervenções de Prevenção do VIH publicadas entre 1996 e 2000
(Adaptado de Hobfoll & Schumm, 2002, p.297)**

Autores	Abordagem Teórica	População	Resultados de Foco
Carey et al. (2000)	Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais (MIMCC)	Maioritariamente Mulheres Afro-americanas de organizações com base na comunidade	Conhecimento sobre o VIH, motivação para reduzir comportamento sexual de risco e outros comportamentos de risco relacionados
DiFranceisico et al. (1998)	Modelo de Crenças da Saúde (MCS)	Homens homossexuais e bissexuais e adultos com doença mental severa	Término/realização da Intervenção
Pinkerton et al. (1998)	Teoria da difusão de inovações	Patrões de bares homossexuais masculinos	Custo-eficácia da intervenção
Klepp et al. (1997)	Teoria da Aprendizagem Social (TAS) e Teoria da Acção Racional (TAR)	Estudantes do ensino público primário da Tanzânia	Atitudes sexuais, crenças, e comportamento.
Holtgrave & Kelly (1996)	Modelo Cognitivo-Comportamental	Maioritariamente mulheres Afro-americanas que frequentam uma clínica de cuidados de saúde primários urbana	Custo-eficácia da intervenção
Kegeles, Hays, & Coates (1996)	Teoria da difusão de inovações	Patrões de bares homossexuais masculinos e membros da comunidade	Comportamentos sexuais
Fisher et al. (1996)	Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais (MIMCC)	Maioritariamente estudantes universitários caucasianos	Conhecimento sobre o VIH, motivação para reduzir comportamento sexual de risco e outros comportamentos

No âmbito da teoria, são apresentadas as intervenções relatadas numa série de publicações de Hobfoll e colaboradores (e.g., Hobfoll et al., 1994, 2000) em que a teoria COR é descrita como parte das estratégias de intervenção com o objectivo de reduzir a actividade de risco face ao VIH na população feminina, sublinhando assim como uma abordagem de recurso pode informar a intervenção. A eficácia da intervenção foi avaliada através do auto-relato e através de medidas objectivas de mudança comportamental (e.g., medidas de auto-relato e cartões de crédito de preservativos/espermicida). As participantes foram randomicamente distribuídas a um de três grupos: prevenção do VIH, promoção da saúde, ou grupo de controlo/sem intervenção. Os grupos de intervenção participaram em quatro sessões com a duração de 1 hora e 30 minutos a 2 horas, composto por 8 participantes mais a líder do grupo. As intervenções de prevenção do VIH e de promoção da saúde diferiam no facto da prevenção em grupo se focar no comportamento sexual e o grupo de promoção da saúde se focar em comportamentos mais relacionados com a saúde geral (e.g., recusar bebidas alcoólicas).

O ensaio cognitivo e as experiências de condicionamento permitiram alcançar outras facetas dos recursos pessoais e sociais. As participantes ensaiaram cognitivamente a realização de comportamentos alvo para desenvolverem argumentos para se envolverem nestes comportamentos. O ensaio cognitivo foi outra estratégia usada para aumentar os recursos pessoais das mulheres para se envolverem em sexo seguro. As intervenções também incorporaram o condicionamento aversivo (Wolpe, 1958; cit. por Hobfoll & Schumm, 2002; e.g., imaginar um comportamento não saudável: sexo desprotegido, e um resultado negativo: ficar infectado com o VIH) emparelhado com experiências de condicionamento positivo (e.g., emparelhar um comportamento de saúde com um resultado saudável). Os objectivos das experiências de condicionamento eram as de aumentar a eficácia e mudar as normas do grupo para os comportamentos saudáveis e não saudáveis. Verifica-se assim que as técnicas foram adaptadas da literatura cognitiva e comportamental com o objectivo de alcançar os recursos pessoais e sociais de modo eficaz.

O estudo de Fisher, Fisher, Bryan e Misovich (2002) constitui um exemplo de uma investigação de uma intervenção de prevenção do VIH com base num modelo teórico de Informação Motivação e Competências Comportamentais (MIMCC; Fisher & Fisher, 1992). Juntamente com a constatação de que o MIMCC tem sido utilizado para promover a mudança no comportamento de risco face ao VIH, também tem sido

ênfatizado que as intervenções de prevenção do VIH com base nas escolas podem representar o canal de transmissão disponível mais eficaz e universal para alcançar os adolescentes em risco de infecção pelo VIH (Basen-Engquist et al., 1997; Thurman, 2000; cit. por Fisher, Fisher, Bryan & Misovich, 2002). Este estudo, implementou e avaliou intervenções de prevenção do VIH com base no MIMCC em estudantes do liceu pertencentes a minorias. Assim, o estudo teve como participantes estudantes de liceus do Connecticut (N=1.577), sendo que a amostra foi predominantemente feminina (63%), com idades compreendidas entre 13 e os 19 anos (M=15) e de etnia maioritariamente afro-americana (61%). Tratou-se de um estudo quase-experimental com um grupo de controlo, onde um liceu participou na intervenção em sala de aula e outro liceu semelhante serviu de grupo de comparação. A intervenção de prevenção do VIH na sala de aula avaliada nesta investigação abordou os défices na informação, na motivação e nas competências comportamentais dos estudantes do liceu identificados pela investigação nesta população específica. A intervenção foi realizada por professores durante cinco sessões sucessivas numa semana. Durante a primeira aula de intervenção, as actividades focaram-se em proporcionar informação factual sobre a transmissão e prevenção do VIH e em corrigir crenças erradas sobre o VIH, que incluíram crenças sobre a monogamia (e.g., “Se na actualidade tenho apenas um parceiro estou segura e não preciso de usar preservativos”) e sobre parceiros “seguros” (“Parceiros conhecidos são seguros e não tenho de usar preservativos com eles”). Outras actividades da primeira sessão que abordaram a informação incluíram o visionamento do vídeo *Knowing the Facts: Preventing Infection* (1997) que aborda os défices de informação sobre a prevenção do VIH. A segunda sessão de intervenção foi desenhada com o objectivo de aumentar a motivação face à prevenção do VIH, influenciando as atitudes dos estudantes e normas sociais relativas ao risco pelo VIH e prevenção (e.g., a mudança nas atitudes e normas através do vídeo *Just Like Me*, 1997 – entrevistas com um grupo étnico diversificado de jovens atraentes infectados pelo VIH). A terceira sessão de intervenção continuou o foco na melhoria da motivação para a prevenção do VIH (e.g., vídeo *Stakes Are High: Asserting Yourself – Part 1*, 1997, reforço do apoio atitudinal e normativo para a prevenção do VIH, com actividades em grupo a seguir ao visionamento). Assuntos abordados nesta sessão incluem o ultrapassar alguns obstáculos na prevenção do VIH, como o discutir a abstinência ou o uso do preservativo com um parceiro resistente, negociar de forma assertiva a abstinência ou o sexo seguro, e abandonar fisicamente situações de risco. A quarta sessão focou-se no

desenvolvimento de competências comportamentais de prevenção do VIH para a abstinência e para a aquisição de preservativo e seu uso (e.g., vídeo *Stakes Are High: Asserting Yourself – Part 2*, 1997, com estudantes a realizar os comportamentos para se protegerem do VIH: comprar e usar preservativos, manter a abstinência de forma assertiva). Esta sessão também incluiu a demonstração do uso do preservativo e respectiva prática por parte dos estudantes seguido de discussão. Durante a última sessão, os estudantes aumentaram as suas competências revendo e discutindo as regras para a comunicação eficaz sobre o sexo seguro. Assim, formaram pequenos grupos e geraram respostas verbais eficazes a uma série de cenários de risco comuns para o VIH (e.g., o parceiro recusa usar preservativo durante a relação sexual), com *role-play* e ensaio para melhorar a comunicação. A avaliação da eficácia da intervenção mostrou que a intervenção baseada na sala de aula resultou no aumento de informação de prevenção face ao VIH, melhoria das atitudes e intenções face à prevenção do VIH, melhoria das competências comportamentais, nomeadamente aumento do uso do preservativo em comparação com o grupo de controlo no seguimento de 1 ano. As vantagens consideradas desta intervenção incluem o facto de requerer apenas a disponibilidade de pessoal das escolas e um modesto investimento no treino de intervenção, uma vez que todos os materiais de intervenção (manuais, vídeos, etc.) estão prontos a implementar e disponíveis a partir do autor ou *online*.

Também tem havido reflexão sobre a modalidade e conteúdo das intervenções. Numa revisão de intervenções de grupo, Hobfoll (1998) cita as intervenções de Rotherman-Borus e col. (1998) e de Miller e col. (1998). Rotherman-Borus e col. (1998) examinaram o impacto comparativo de uma intervenção compacta versus uma mais dispersa, com a mesma dose (10.5 horas de intervenção). Estes autores descobriram que os adolescentes beneficiam mais de uma intervenção que dispersou a dose em 7 sessões do que uma que abarcou o mesmo número de horas de intervenção em 3 sessões. Verificaram que a intervenção de 3 sessões não diferia do controlo. Num trabalho de Hobfoll e colaboradores (1994) verifica-se que a intervenção precisa de se focar na SIDA, uma vez que quando são introduzidos assuntos mais gerais de saúde, os efeitos da intervenção são diluídos. Também com Rotherman-Borus e col. (1998) a intervenção não teve impacto sobre o uso de substâncias, quando este era apenas um alvo secundário, diminuindo por isso a dose na intervenção. Outro exemplo é a intervenção de Miller e col. (1998), onde também verificaram que quando a mensagem de sexo seguro era entregue de forma mais diluída acabava por ser menos eficaz. Este

aspecto da dose é de facto importante porque as questões económicas e o trabalho envolvido em permanecer com um determinado plano de intervenção quase sempre condiciona as intervenções a minimizar a dose proporcionada quando os esforços de intervenção são disseminados nas escolas, organismos públicos e outras organizações.

Estas intervenções desafiam as teorias de mudança das intervenções em que estas se baseiam, ou seja, teorias sócio-cognitivas a nível individual. Assim, Rotherman-Borus e col. (1998) não conseguiram mostrar os mediadores de mudança cognitiva esperados de acordo com a teoria sócio-cognitiva. Por exemplo, os grupos de intervenção que obtiveram maiores mudanças na auto-eficácia no preservativo não experienciaram mudança comportamental diferente em relação aos controlos. O que parece emergir na perspectiva de Hobfoll (1998), é um padrão onde os correlatos de um comportamento, auto-eficácia, e normas não são os meios pelos quais a mudança ocorre. Rotherman-Borus e col. (1998) e Miller e col. (1998) defendem que os recursos das pessoas e a ecologia em que a população alvo existe são factores chave. Esta abordagem desafia o nível micro, individual de teorização que é derivado das teorias sócio-cognitivas a nível individual que tem orientado grande parte da investigação no âmbito da prevenção do VIH.

A título de exemplo referimos a primeira geração da investigação (*Randomized Controlled Clinical Trials*) de Hobfoll e colaboradores (1994). Nesta primeira investigação, as participantes eram mulheres solteiras, grávidas provenientes da cidade. A intervenção foi desenhada com o objectivo de ter um impacto nos recursos específicos necessários para que estas mulheres se envolvam em sexo seguro. Foram também utilizadas uma variedade de técnicas nas intervenções de modo a proporcionar os recursos sociais e pessoais necessários para iniciar o sexo seguro. As videocassetes ajudaram a assegurar a integridade da intervenção, permitindo demonstrar e facilitar a discussão da assertividade, da negociação e do planeamento. As videocassetes tinham como objectivo permitir o treino, encorajando a prática de competências em vez de uma observação passiva. Assim, a discussão e a prática dos comportamentos modelados foram planeadas para contribuir para o sentido de *empowerment* e de comunidade das participantes. A discussão em grupo de experiências prévias relacionadas com o sexo de eficácia, também foram vistas como essenciais para aumentar os recursos pessoais e sociais das mulheres, ou seja, as discussões ajudaram a desenvolver um repertório de estratégias para o envolvimento no sexo seguro ou em comportamentos saudáveis. A última componente da intervenção era a de proporcionar às participantes cartões de

crédito para os preservativos, que lhes permitia obter preservativos de látex e espermicida gratuitos em várias farmácias perto das clínicas. Foi proporcionado às participantes os recursos pessoais e sociais necessários para as mudanças no comportamento sexual, mas a intervenção proporcionou adicionalmente recursos físicos ou económicos necessários para as mudanças. As intervenções foram de múltiplas sessões e proporcionaram a informação e os recursos necessários para a mudança, tal como preconizado pelas suposições teóricas do COR.

Em suma, embora as intervenções com base na teoria sócio-cognitiva, entre outras, se tenham mostrado eficazes na redução do comportamento sexual de risco, outros autores chamam atenção para a necessidade de uma abordagem macro, que visa incluir o contexto social, político e recursos diversos como é o caso a Teoria do Género e do Poder (Wingood & DiClemente, 2002), teoria social estrutural, e a Teoria da Conservação dos Recursos (Hobfoll & Schumm, 2002), teoria que proporciona um modelo teórico para prevenir a perda de recursos, manter os recursos existentes, e ganhar os recursos necessários aos comportamentos saudáveis.

3.6 Estudos Avaliados com Resultados Biológicos

Todos os estudos de intervenção descritos anteriormente foram avaliados através do auto-relato do comportamento sexual. Contudo, os auto-relatos podem sofrer limitações na confiança devido à falta de exactidão da memória e desejo de criar uma imagem positiva (desejabilidade social). Por esta razão, os estudos mais recentes têm avaliado a incidência de outras DSTs, explicando que as mudanças comportamentais que reduzem a probabilidade da infecção pelo VIH (e.g., o uso do preservativo) também reduzem a probabilidade de infecção por outras doenças de transmissão sexual (O’Leary & Wingood, 2000). Por isso, a incidência de DSTs constitui uma medida objectiva da mudança comportamental e este facto é muito importante.

O estudo conduzido por Bhave, Lindon, Hudes e colaboradores (1995) desenvolveu e testou uma intervenção de prevenção do VIH nas trabalhadoras do sexo em Bombaim na Índia (N=541), e constitui um exemplo da utilização de resultados biológicos. O estudo comparou 334 trabalhadoras do sexo submetidas à intervenção face a 207 que constituíram o grupo de controlo (teste ao VIH e aconselhamento *standard*). A avaliação incluiu medidas biológicas e comportamentais, pelo que todas as trabalhadoras do sexo foram testadas para o VIH, sífilis e hepatite B, tal como avaliadas

ao nível da informação sobre as práticas sexuais, uso do preservativo e conhecimento sobre o VIH. As participantes no grupo de intervenção foram submetidas a um programa de 6 meses de vídeos educativos, discussões em pequenos grupos e materiais educativos, tendo também sido distribuídos preservativos gratuitos. A avaliação relativa aos testes de sangue e aos questionários foi efectuada novamente após a intervenção de 6 meses e no seguimento de 1 ano. Em relação aos resultados, verificou-se que o nível de conhecimentos sobre o VIH e a experiência com os preservativos era baixa, a prevalência do VIH no pré-teste era de 47% no grupo de intervenção e de 41% no grupo de controlo. As mulheres submetidas à intervenção relataram níveis mais elevados de uso do preservativo e 41% afirmaram estarem dispostas a recusar clientes que não usassem preservativo, não obstante a preocupação em perder o negócio se insistissem no uso do preservativo. As mulheres do grupo de controlo não mostraram preocupações em relação ao VIH. Ao nível dos resultados biológicos verificou-se que as mulheres do grupo de intervenção obtiveram taxas de seroconversão do VIH mais baixas quando comparadas com o grupo de controlo, tal como menor incidência de novas infecções com hepatite B e sífilis no seguimento de 1 ano. Este estudo é importante pois permite obter resultados biológicos de DSTs e caracterizar as taxas de sero-incidência no período de um ano em dois grupos distintos, ilustrando a rápida ascensão do VIH nesta população.

Um estudo pioneiro de Cohen, Dent, MacKinnon e Hahn (1992) testou três tipos de intervenções breves para promover o uso do preservativo em pacientes masculinos e femininos em 5 clínicas públicas para o tratamento de DSTs (N=903). Neste estudo, todos os pacientes que se encontravam na sala de espera num determinado dia foram randomizados para receber uma das três intervenções com avaliação psicossocial ou apenas para serem avaliados: 1) competências do uso do preservativo, que proporcionou uma breve demonstração do uso do preservativo; 2) influências sociais, enfatizando como negociar o uso do preservativo com o parceiro sexual, a asserção da popularidade do preservativo (informação normativa) e a erotização dos preservativos; 3) distribuição dos preservativos proporcionou um número ilimitado de preservativos gratuitos, também acompanhado pela demonstração do preservativo. As variáveis de resultado incluíram as atitudes face ao preservativo, as intenções comportamentais e a re-infecção de DSTs nos 6-9 meses após a intervenção, identificada pelos registos clínicos dos pacientes. Dos 903 participantes cujos registos médicos foram revistos após a intervenção, observou-se comportamento sexual de risco continuado, documentado pelo

tratamento subsequente de uma nova DST, nomeadamente em 12.6% das mulheres e 19.9% dos homens nos 9 meses de seguimento. Verificou-se que os homens submetidos às intervenções (e.g., competências de uso de preservativos e influências sociais) tinham menos reinfecções subsequentes de DSTs documentadas quando comparados com os homens do grupo de controlo. Pelo contrário, não se verificou nenhuma diminuição na incidência das DSTs nas mulheres quando comparadas com as participantes do grupo de controlo, pelo que nenhum dos programas de intervenção modificou significativamente a taxa de reinfecção. As mulheres que receberam o programa de distribuição de preservativos relataram maior intenção de usar preservativo comparativamente às mulheres do grupo de controlo. Os resultados deste estudo sugerem que as intervenções muito breves que não proporcionam a aprendizagem/aumento de competências individualizadas, podem ser eficazes para os pacientes masculinos mas deve-se ser cauteloso quando apenas se promove o uso do preservativo nas mulheres com elevado risco de aquisição de DSTs.

Outros estudos americanos (e.g., Kamb, Fishbein, Douglas, et al., 1998; *The NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group*, 1998) realizados em vários locais avaliaram intervenções comportamentais dirigidas a homens e mulheres com elevado risco e utilizaram a incidência de DSTs para os avaliar. Estes estudos são importantes devido ao seu tamanho, à sua consistência transversal (nos vários locais) de efeitos e o uso de informação biológica de DSTs como suplemento das auto-relatadas reduções no comportamento de risco. Um primeiro estudo, designado por Projecto RESPECT, realizado por Kamb, Fishbein, Douglas e col. (1998), constitui uma investigação randómica controlada conduzida em cinco clínicas públicas desenhada para avaliar a eficácia do aconselhamento de prevenção do VIH na redução dos comportamentos sexuais de elevado risco e na prevenção de novas infecções sexualmente transmissíveis. O Projecto “RESPECT” randomizou pacientes com DSTs de 5 cidades dos EUA para receberem 1 de 3 intervenções individuais administradas por pessoal clínico. Os critérios de inclusão abarcam o ter idade superior a 14 anos, ter tido relações sexuais desprotegidas nos últimos meses, ter vontade de realizar o teste de anticorpos para o VIH e o teste de resultado ser seronegativo. No total participaram 5.758 pacientes heterossexuais, seronegativos com idade igual ou superior a 14 anos, 2.489 dos quais mulheres. Os participantes na primeira condição receberam aconselhamento aprofundado, 4 sessões interactivas orientadas pela teoria da acção racional e pela teoria sócio-cognitiva. Na segunda condição receberam aconselhamento breve, 2 sessões

interactivas de redução do risco com o objectivo de aumentar a consciência em relação ao risco, reconhecimento de barreiras face à redução do risco e negociar um plano de redução do risco. Os participantes da terceira e quarta condição receberam 2 breves mensagens informativas de prevenção do VIH/DSTs (condição de educação). As principais medidas de resultado incluíram a despistagem biológica para DSTs efectuada pelos testes de laboratório para a gonorreia, clamídiase, sífilis e para o VIH no seguimento de 6 e 12 meses, tal como o auto-relato de uso do preservativo a 100% durante as relações sexuais vaginais com todos os parceiros sexuais (principal medida de resultado comportamental). Os participantes foram avaliados relativamente ao seu comportamento de risco no pré-teste e em seguimentos de 3, 6, 9 e 12 meses após a intervenção. A mortalidade experimental foi elevada na avaliação de 12 meses (34%), mas 81% dos participantes completaram pelo menos um seguimento (3 meses). No seguimento de 3 e 6 meses, o auto-relato do uso do preservativo a 100% era maior na condição de aconselhamento aprofundado (4 sessões interactivas com base teórica) e no aconselhamento breve (2 sessões de redução do risco interactivas) comparativamente aos participantes que se encontravam na condição de educação (mensagens de prevenção didácticas - condição de comparação). No seguimento de 6 meses, menos 30% participantes tinham novas DSTs nas condições de aconselhamento aprofundado e no aconselhamento breve quando comparados com os participantes da condição de educação. No seguimento de 12 meses, foram detectadas menos DSTs entre os participantes nas intervenções de aconselhamento (menos 20%) em relação aos que pertenciam à condição de comparação (educação). Adicionalmente, verificou-se que nos 5 locais de estudo, a incidência de DSTs era mais baixa na intervenção de aconselhamento do que na intervenção de mensagens didácticas. Esta redução de DSTs nas intervenções interactivas de aconselhamento foi idêntica para homens e mulheres, e maior para adolescentes (com 20 anos ou menos vs. adultos) e pessoas com DSTs diagnosticadas no início da investigação. Este estudo possui a vantagem de usar a doença como uma medida de resultado, o que pode ajudar a validar o auto-relato. De facto, esta medida com resultados biológicos permitiu aos autores medir directamente os efeitos de redução das DSTs da intervenção. Kamb e col. (1998) concluem que as intervenções de aconselhamento de curta duração, que usam planos personalizados de redução do risco, podem aumentar o uso do preservativo e prevenir novas DSTs em clínicas públicas.

Shain, Piper, Newton e col. (1999) realizaram uma intervenção comportamental controlada para prevenir as DSTs nas mulheres e também consideraram as medidas biológicas de resultado. Assim, as mulheres latinas e afro-americanas (n=617) foram randomizadas para receberem uma intervenção de três sessões de 4 horas, em pequenos grupos, desenhadas para promover a adoção de comportamentos preventivos (e.g., reconhecer a susceptibilidade pessoal, compromisso para modificar o comportamento, e adquirir as competências necessárias, com base no Modelo de Redução do Risco da SIDA) ou para receberem aconselhamento *standard* sobre DSTs (grupo de controlo). A principal variável de resultado foi a infecção subsequente de clamidíase ou gonorreia, avaliada antes da intervenção e nos seguimentos de 6 e 12 meses. Os resultados das medidas biológicas mostraram que as taxas de infecção subsequente eram significativamente mais baixas no grupo de intervenção do que no grupo de controlo nos seguimento de 6 (11.3% vs. 17.2%) e 12 meses (16.8% vs. 26.9%). Os autores concluem que uma intervenção de redução do risco de três sessões, em pequenos grupos, diminuiu significativamente as taxas de clamidíase e de gonorreia nas mulheres que se encontravam em elevado risco face às DSTs num período de 6 e 12 meses. Deste modo, verifica-se que a observação de resultados clínicos é crucial na avaliação das estratégias de mudança comportamental.

Um estudo do Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (*The NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group*, 1998) testou a eficácia de uma intervenção comportamental para reduzir os comportamentos de risco associados com o VIH (7 sessões) numa investigação randómica, controlada (grupo de controlo de uma sessão de informação sobre o VIH), com três populações de elevado risco, em 37 clínicas de sete locais nos E.U.A. O NIMH iniciou o *Multisite HIV Prevention Trial* em 1990 para desenvolver uma intervenção de redução do risco baseada nas melhores práticas existentes na prevenção do VIH e para testar a sua eficácia com populações não estudadas ou em desvantagem. A importância desta investigação prende-se com o facto de incluir resultados de auto-relato e biológicos em simultâneo. Assim, foram consideradas três populações distintas em risco de aquisição do VIH e outras DSTs. Dos 3.706 participantes randomizados, 1.564 homens e 862 mulheres eram provenientes das clínicas de DSTs e 1.280 mulheres recrutadas nas organizações de serviços de saúde. Verificou-se que a maioria dos participantes eram afro-americanos ou hispânicos, solteiros, desempregados e previamente tratados para DSTs e estavam todos em elevado risco comportamental para o VIH. Os procedimentos de recrutamento incluíram os

seguintes critérios: idade (20 anos ou mais para os participantes das clínicas de DSTs e 18 anos ou mais para as mulheres das organizações de serviços de saúde), ter-se envolvido em relações sexuais vaginais ou anais nos últimos 90 dias e ter pelo menos um dos seguintes critérios nos últimos 90 dias (sexo com um novo parceiro sexual, mais de um parceiro sexual, uma DST, um parceiro sexual que sabem ter outros parceiros sexuais ou sexo com um utilizador de drogas ou com uma pessoa infectada com o VIH). A entrevista avaliou as características sócio-demográficas, o estatuto de saúde física e mental, sintomas de PTSD, uso de álcool e drogas, comportamento sexual e teste para o VIH. As taxas de participação para as entrevistas de seguimento foram de 82% ou mais.

Os participantes destinados à condição de controlo frequentaram uma sessão de uma hora de educação para a SIDA que incluiu uma videocassete e um período de questões e resposta. Os participantes destinados à condição de intervenção frequentaram 7 sessões de 90 – 120 minutos de redução do risco para o VIH, conduzidas duas vezes por semana em grupos de 5 a 15 pessoas. A intervenção em pequeno grupo proporcionou informação sobre o VIH, sensibilização face ao risco, e aprendizagem/aumento de competências para o uso do preservativo, negociação e auto-controlo. As entrevistas relativas ao comportamento de risco, aos mediadores da teoria sócio-cognitiva e sintomas de DSTs foram realizadas no momento pré-teste e no seguimento de 3, 6 e 12 meses após a intervenção. Nas participantes recrutadas nas clínicas de DSTs, a informação sobre DSTs no seguimento foi extraída dos registos clínicos. Na avaliação de seguimento de 12 meses, todos os participantes entregaram amostras de urina para detecção de clamídiase e gonorreia. A intervenção produziu mudanças no comportamento sexual, nomeadamente a frequência relatada de relações sexuais desprotegidas diminuiu no período de seguimento para os participantes em ambas as condições do estudo. Contudo, os participantes da condição de intervenção reduziram a sua frequência de actos sexuais desprotegidos de modo mais significativo do que a condição de controlo, em cada seguimento de avaliação. As análises longitudinais também indicam uma diminuição geral significativa nas relações sexuais desprotegidas para a condição de intervenção. Embora os níveis de uso do preservativo tenham aumentado no tempo nos participantes da condição de controlo, o aumento no uso do preservativo pelos participantes que receberam a intervenção foi significativamente maior em todos os momentos de seguimento. Assim, os participantes que frequentaram mais sessões de intervenção exibiram maior magnitude de mudança comportamental. A intervenção também produziu mudança nas taxas de incidência de

DSTs. Os registos indicam que 6.4% dos homens da condição de controlo da clínica de DSTs foram tratados para gonorreia num ano de seguimento comparados com apenas 3,6% dos homens da condição de intervenção. No entanto, com base na revisão dos relatórios clínicos, não se verificou diferença na taxa de reinfeção geral de DST entre os participantes da condição de intervenção e os da condição de controlo. Não obstante, nos homens recrutados de clínicas de DST, os que foram destinados à condição de intervenção tinham metade da taxa de incidência de gonorreia dos participantes da condição de controlo. Os participantes da condição de intervenção também relataram menos sintomas de DST num período de seguimento de 12 meses. A interação não significativa do género \times grupo de tratamento sugere que a intervenção não foi diferencialmente eficaz para os homens e para as mulheres. Adicionalmente, os factores da teoria sócio-cognitiva, auto-eficácia e expectativas de resultado mostraram mediar o efeito da intervenção.

As investigações até 1998 das intervenções em grupo de prevenção do VIH não examinaram as mudanças simultâneas nas práticas sexuais de risco auto-relatadas e os marcadores de incidência de doença. O uso da incidência de DSTs como um indicador da eficácia dos programas de prevenção do VIH tem sido defendido (The NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group, 1998). Os auto-relatos de sintomas de DSTs mostraram em vários estudos correlacionar-se de forma elevada com os testes laboratoriais de DSTs (Wasserheit, 1992; cit. por The NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group, 1998) e podem assim servir como outro indicador de doença associado com o comportamento sexual. De facto, podemos concluir que as medidas biológicas de DSTs são um elemento importante da avaliação compreensiva das intervenções de prevenção do VIH porque não estão sujeitas às limitações do comportamento sexual auto-relatado.

Um estudo realizado pelo NIMH (2001) num único local tem obtido efeitos significativos nas DSTs com menos limitações metodológicas (The NIMH Multisite HIV Prevention Trial, 2001). Neste estudo, mais de 500 mulheres, todas pertencentes a minorias étnicas (mexicanas e afro-americanas), foram randomizadas para receberem uma intervenção cognitiva comportamental, em pequenos grupos, efectuada em 4 sessões, num total de 12-16 horas, ou para integrarem uma condição de controlo *standard* de aconselhamento sobre DSTs. As participantes foram seguidas durante um ano e foram avaliadas para a existência de clamidíase e gonorreia em cada momento de avaliação. A retenção foi excelente (89%) no seguimento de um ano. A incidência da

infecção foi significativamente mais baixa entre aquelas que receberam a intervenção mais intensa em comparação com as participantes da condição de controlo, quer no seguimento de 6 meses (11% vs 17%) quer nos 12 meses (17% vs 27%). O'Leary e Wingood (2000) consideram que se trata de um excelente estudo porque proporciona evidência da eficácia das intervenções comportamentais na redução das DSTs e, por consequência, da infecção pelo VIH transmitido sexualmente.

A segunda geração de estudos de investigação clínica randómica (*randomized clinic trial*) de Hobfoll, Jackson, Lavin, e Schroder (December, 2000; cit. por Hobfoll & Schumm, 2002) colocou o treino de competências de negociação no centro das intervenções. De facto, foi hipotetizado que o treino de negociação aumentava os recursos das mulheres para estas se envolverem em sexo seguro porque aumentam as capacidades das mulheres para envolverem os seus parceiros em actividades sexuais seguras. Assim, as intervenções deste estudo tiveram como população mulheres grávidas e não grávidas, de etnia afro-americana e euro-americana. As intervenções incluíram elementos testados na primeira geração de intervenções de Hobfoll e colaboradores (1994), adicionando o teste laboratorial para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Por esta razão, esta segunda geração de investigação procura expandir a aplicabilidade das intervenções e aumentar os recursos das mulheres, centrando a atenção na aquisição de competências de negociação. Os resultados encontrados foram de encontro à primeira geração de investigação; as mulheres no grupo de prevenção do VIH exibiram maiores mudanças no comportamento sexual auto-relatado e objectivo. As mulheres dos grupos de prevenção do VIH e de promoção da saúde melhoraram a eficácia das suas competências de negociação (ambas as intervenções tinham como alvo competências gerais de negociação). Adicionalmente, verificou-se que as mulheres do grupo de prevenção do VIH que tinham contraído uma DST previamente mostraram redução na incidência das DSTs confirmadas em laboratório, quando comparadas com as mulheres do grupo de promoção da saúde. Em suma, os autores concluem que estes resultados proporcionam mais evidência objectiva para a eficácia do aumento dos recursos das mulheres para que estas se envolvam em comportamentos sexuais seguros.

3.7 Problemas Metodológicos

Uma vez que a mudança comportamental é o único meio de prevenção primária do VIH, as intervenções comportamentais são de extrema importância, pelo que devemos considerar as suas limitações e os desafios que se colocam no futuro, nomeadamente, ter em conta as limitações metodológicas da investigação já realizada, eliminar as lacunas na investigação de intervenção comportamental e compreender as implicações da investigação realizada para o desenvolvimento de intervenções comportamentais mais eficazes.

De acordo com O'Leary, DiClemente e Aral (1997), existe uma variedade de factores que podem afectar o resultado do estudo de uma intervenção, nomeadamente a metodologia, as características da intervenção, a implementação e a análise da informação. Outra limitação indicada pelos autores prende-se com a falta de standardização no relato dos artigos, o que torna difícil a comparação dos estudos, sendo necessário adoptar requisitos de relato estruturados para melhorar a comparabilidade e qualidade entre os estudos.

Em termos das limitações metodológicas, a revisão da literatura refere que existem poucos estudos de resultado cuidadosamente avaliados que foram desenhados como investigações controladas das intervenções (Peterson & DiClemente, 1994), considerando a ausência de distribuição aleatória e de grupos de controlo comparáveis, o que torna difícil determinar o impacto destas intervenções na mudança comportamental. Outra limitação metodológica é a confiança nos auto-relatos de mudança do comportamento dos participantes enquanto medidas de resultado, pois podem não ser exactos devido a problemas associados com a memória e com a desejabilidade social (Peterson & DiClemente, 1994). De facto, o sexo é um comportamento privado, sujeito aos vieses do auto-relato (El-Bassel & Schilling, 1992). Assim, devem ser consideradas medidas adicionais de resultado como os marcadores biológicos para DSTs e indicadores de comportamentos preventivos (e.g., posse de preservativos), como aliás já salientamos.

O'Leary (1999) também considera que as avaliações das intervenções comportamentais na população feminina são parcas e sofrem de problemas metodológicos que enfraquecem a confiança nos resultados. Mais concretamente, a reflexão sobre os aspectos metodológicos, conceptuais e empíricos, permite retirar as seguintes conclusões (O'Leary, 1999; p.258):

(a) Muitas intervenções efectuadas na população feminina falharam no sentido de obter efeitos de intervenção significativos face à mudança do comportamento sexual. Embora alguns destes estudos tenham obtido efeitos significativos para os grupos de tratamento e de controlo, estes resultados podem ter sido causados por respostas socialmente desejáveis, tal como havia sido sugerido por Peterson e DiClemente (1994).

(b) Muitos destes estudos sofreram um desgaste de mais de 30% no seguimento ou severo desgaste diferencial.

(c) Estes estudos não avaliaram a eficácia das intervenções para mulheres com diferentes tipos de parceiros. Por exemplo, o estudo de Lawrence, Wilson, Eldridge, Brasfield e O'Banion (1998; cit. por O'Leary, 1999) obteve um efeito significativo para dois tipos de intervenção em relação a um grupo de controlo (lista de espera) de jovens mulheres afro-americanas. As análises efectuadas nos seguimentos de 6 e 12 meses revelaram que as mulheres que constituíram uma nova relação desde que completaram a intervenção, tinham maior probabilidade de estar a usar preservativos do que aquelas cujos parceiros eram os mesmos. A confirmar, muitos estudos descobriram que o uso do preservativo é, no geral, mais provável com os parceiros secundários do que com os parceiros principais.

(d) Grande parte dos estudos permitem pouca confiança na durabilidade da mudança relatada, porque usaram períodos de seguimento de três meses ou inferiores. A este propósito, O'Leary, DiClemente e Aral (1997) referem que as investigações sobre as intervenções comportamentais raramente efectuam períodos de seguimento suficientemente longos para determinar a sustentabilidade dos efeitos do tratamento.

Em suma, os estudos revistos neste capítulo também apresentam problemas metodológicos. Nomeadamente, um problema metodológico central que é a mortalidade das participantes. De facto, os estudos que implicaram múltiplos contactos com as participantes sofreram um desgaste significativo (mortalidade). A mortalidade que ocorre antes da randomização ameaça a validade externa do estudo, enquanto que a mortalidade que ocorre após a randomização ameaça a validade interna (O'Leary & Wingood, 2000). De acordo com O'Leary, DiClemente e Aral (1997), a mortalidade dos participantes representa uma grande ameaça para a validade interna do estudo, em particular a mortalidade diferencial que ocorre entre as condições de tratamento, com menos participantes retidos no seguimento. Por exemplo, o estudo realizado pelo NIMH (1998), já citado, optou por maximizar a validade interna, randomizando as participantes após a demonstração de compromisso com o estudo e participação na 1ª

sessão de intervenção. Tratou-se de uma estratégia eficaz uma vez que a retenção das participantes foi excelente. Contudo, esta estratégia ao nível do momento da randomização pode afectar a validade do estudo. Por exemplo, ao randomizar os participantes apenas após demonstrarem compromisso com o estudo pode ameaçar a capacidade de generalização do estudo, enquanto que realça a validade interna porque estes participantes possuem maior probabilidade de ficarem retidos no decorrer do estudo (O’Leary, DiClemente, & Aral, 1997).

Além dos aspectos já citados, as lacunas na investigação de intervenção englobam também obstáculos ao desenvolvimento de intervenções eficazes de mudança nas populações, que possuem problemas sociais (e.g., recursos de saúde limitados), considerando ainda as diferenças culturais e de género que também constituem uma barreira à mudança comportamental.

3.8 Conclusão

No geral, os estudos revistos são encorajadores no seu objectivo de prevenção da SIDA nas mulheres que se encontram em risco de infecção pelo VIH. Os resultados são mais significativos nos estudos que usam um grupo não submetido a tratamento, usualmente designado por condição de controlo ou lista de espera. A literatura também sugere que as intervenções mais intensivas (i.e., as que dedicam mais tempo a cada participante individual, incluindo a aprendizagem de competências) são mais eficazes do que as sessões mais breves. De facto, já havia sido referida a grande necessidade de competências de negociação sexual na população feminina, entre outras. Como já referimos no capítulo I, a evidência é clara: é mais difícil para as mulheres conseguirem negociar o uso do preservativo numa relação duradoura e estável. Infelizmente, muitas mulheres infectadas têm sido na sua maioria infectadas pelo parceiro principal e este é um aspecto muito importante que deve ser considerado na prevenção do VIH.

O’Leary (1999) apresenta algumas ideias inovadoras para as estratégias de intervenção nas mulheres em risco de infecção pelo VIH através do seu parceiro masculino principal. Por exemplo, uma estratégia passa pelo desenvolvimento de tecnologias de prevenção não detectáveis, em particular microbicidas vaginais (Gollub, 1995). Assim, no desenho das futuras intervenções poderemos considerar duas abordagens (O’Leary, 1999; p.259):

- (1) A primeira abordagem envolve a identificação e a avaliação de mensagens de pedido do preservativo que podem produzir atribuições e reacções mais positivas por parte dos homens do que as mensagens *standard* sobre o VIH. Por exemplo, estas ideias de mensagens alternativas foram incorporadas na intervenção avaliada no NIHM Multisite Trial (1998) que é o único estudo até à data que demonstrou um efeito significativo de mudança no comportamento sexual aos 12 meses, com retenção aceitável e com uma condição de comparação. Nesta intervenção, uma de sete sessões foi dedicada ao tópico de estratégias alternativas;
- (2) A segunda abordagem é com as mulheres latinas e investiga a possibilidade de uma estratégia em que os casais são testados para o VIH/DSTs, concordando em usar preservativo com parceiros sexuais secundários.

Esta última vertente pode ser menos desejável do ponto de vista do *empowerment* feminista, considerando a infidelidade marital. Contudo, a urgência de intervenção na pandemia do VIH implica que a estratégia ideal ainda leve algum tempo a ser identificada para as mulheres heterossexuais em risco para o VIH a partir dos seus maridos ou parceiros sexuais principais.

A revisão da literatura de 1994 já considerava a necessidade de intervenções de mudança comportamental com a capacidade de manter essas mesmas mudanças iniciais nos seguimentos (Stall, Ekstrand, Pollack, McKusick, & Coates, 1990; Ekstrand & Coates, 1990; cit. por Peterson & DiClemente, 1994). Por esta razão, é importante distinguir os factores responsáveis pela redução inicial do comportamento de risco daqueles que se encontram associados com a manutenção a longo prazo. Assim, devem ser rapidamente desenvolvidas intervenções que visam a mudança comportamental e aquelas que são eficazes devem ser aplicadas em larga escala, permitindo a tradução da investigação em programas comunitários credíveis.

Nas reflexões sobre as intervenções de prevenção do VIH nas mulheres, O'Leary e Jemmott (1995) consideram que (1) as intervenções de construção de competências podem ajudar muitas mulheres a reduzir o seu risco de infecção pelo VIH. Por exemplo, as intervenções intensivas em pequenos grupos proporcionam oportunidades para praticarem o uso do preservativo e as competências de negociação sexual, embora seja urgente disponibilizar estas intervenções em organizações comunitárias. Outra constatação é de que (2) muitas outras mulheres não alcançaram a redução do risco comportamental porque existem inúmeras barreiras face à mudança,

como é o caso da pobreza e outros factores culturais, tal como a falta de poder nas relações sexuais.

As autoras consideram ainda outras questões por responder e necessidades (O'Leary & Jemmott, 1995; p.258):

1. Necessidade de investigações de intervenções controladas que devem comparar diferentes estratégias baseadas na teoria em vez de considerar apenas um único grupo de controlo. Estas intervenções devem ser avaliadas de modo rigoroso e rapidamente disseminadas;
2. A prevenção e o tratamento do uso de substâncias deve ser uma prioridade para os utilizadores no sentido de reduzirem o risco através da partilha de seringas e para os que usam outras drogas que aumentam o risco sexual;
3. A violência face às mulheres por parte dos seus parceiros sexuais, tal como a violência contra as crianças, deve ser objecto de estudo mais aprofundado. Também devem existir serviços adequados que permitam pôr um término nestas situações;
4. O controlo de outras DSTs deve ser uma prioridade e devem existir fundos disponíveis para este esforço. De facto, já foi referido que outras DSTs aumentam o risco de transmissão do VIH, sendo reconhecido que o seu controlo possui a capacidade de reduzir a incidência do VIH;
5. Devem ser feitos esforços sociais para melhorar a educação sexual e as normas face à protecção da SIDA.

Em suma, embora as intervenções comportamentais sejam promissoras no feminino, as mulheres em risco ainda têm de lidar com várias barreiras. De acordo com a literatura, o caminho a percorrer consiste em continuar a trabalhar com a população feminina para que possam ser desenvolvidos programas eficazes face à prevenção do VIH e de outras DSTs. Claro que se torna essencial considerar as variáveis económicas, culturais e sociopolíticas que subjazem à dificuldade com que muitas mulheres se deparam no seu processo de protecção, nomeadamente a pobreza, o desequilíbrio de poder associado com o género, a violência doméstica, o abuso sexual na infância e os serviços inadequados para prevenir e tratar o comportamento de abuso de drogas e de DSTs.

Em sumário, e com base na revisão da literatura científica, salienta-se a necessidade de conhecer melhor os factores de risco, as teorias de mudança do comportamento de risco e os programas de prevenção do VIH na população feminina. O presente trabalho pretende avaliar a eficácia de um programa de prevenção do VIH na mulher focado na negociação/resolução de conflito (ACCENT), tal como de uma intervenção didáctica/informativa (promoção da saúde em geral), no âmbito da saúde, para mulheres em comparação com um grupo de controlo (sem intervenção). Adicionalmente à eficácia diferencial dos programas, pretende-se investigar a manutenção dos ganhos obtidos com as intervenções (Intervenção ACCENT e Intervenção Didáctica) nas variáveis psicossociais e de conhecimento/comportamento sexual estudadas. Por fim, pretende-se investigar a influência das variáveis sócio-demográficas (idade, nível de escolaridade, religiosidade) na eficácia das intervenções ACCENT e Didáctica. Estas avaliações são pertinentes, no sentido da necessidade de se proceder à implementação de programas de prevenção do VIH eficazes específicos à população feminina, permitindo assim proporcionar conhecimento e competências para uma sexualidade segura.

PARTE II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

A parte empírica deste trabalho descreve a investigação realizada no sentido de avaliar a eficácia de um programa de prevenção do VIH na mulher focado na negociação/resolução de conflito (ACCENT), tal como de uma intervenção didáctica/informativa (promoção da saúde em geral), em comparação com um grupo de controlo (sem intervenção). No quarto capítulo será abordada a metodologia utilizada neste estudo e no quinto capítulo serão descritos os resultados obtidos. A interpretação e discussão dos resultados serão apresentadas no capítulo seis. No capítulo seis procede-se ainda a uma sumarização dos resultados, descrevem-se algumas limitações do estudo, fornecem-se sugestões para intervenções preventivas futuras e tiram-se conclusões do estudo efectuado, considerando factores moderadores da eficácia das intervenções.

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

Neste capítulo apresenta-se a metodologia utilizada na realização do presente estudo, começando pelos objectivos da investigação e hipóteses a testar. Posteriormente, apresentam-se as variáveis estudadas, o procedimento de recolha de dados, a população e amostra (especificando os critérios de selecção da amostra e sua descrição), os instrumentos de avaliação utilizados e os procedimentos estatísticos de análise dos dados.

Esta investigação foi realizada numa amostra portuguesa de mulheres seleccionadas em consultas de apoio à sexualidade juvenil, que decorrem no Instituto Português da Juventude, Delegação Regional de Braga. É um estudo que pode ser enquadrado numa investigação do tipo experimental, com a avaliação de dois grupos experimentais (abordagem ou intervenção didáctica/informativa *standard* e intervenção ACCENT), em comparação com um grupo de controlo. Procedeu-se à randomização cega para as duas intervenções mas não para o grupo de controlo. A amostragem probabilística ou causal utilizada foi a amostragem aleatória estratificada proporcional pela variável classe etária (Bryman & Cramer, 2003). O estudo é também do tipo longitudinal com medidas pré, pós-teste e seguimento em todos os grupos (Almeida & Freire, 2000). As mulheres foram avaliadas em quatro momentos: o momento 1 ocorreu antes de serem submetidas às intervenções (pré-teste); o momento 2 ocorreu após as intervenções preventivas (pós-teste); o momento 3 corresponde ao seguimento de três meses, e o momento 4 refere-se ao seguimento de seis meses após a realização das intervenções.

4.1 Objectivos e Tipo de Estudo

Na revisão da literatura consideram-se os principais modelos teóricos de mudança do comportamento e a simplificação destes para a intervenção. Também se reveram os principais modelos de intervenção para a prevenção do VIH na mulher. Uma das conclusões desta revisão foi que tem sido demonstrada a importância das intervenções comportamentais de redução do risco face ao VIH na população feminina heterossexual (O’Leary & Wingood, 2000), salientando-se que tais intervenções devem incluir o treino intensivo no âmbito das competências de negociação e uso do preservativo. Também se considerou que os aspectos motivacionais e a informação/conhecimento sobre o VIH e sua prevenção constituem elementos essenciais da prevenção do VIH na mulher.

A presente investigação é um estudo de avaliação da eficácia de dois tipos de intervenções preventivas do VIH dirigidas a uma população feminina de risco.

Assim, o *objectivo geral* do estudo é a avaliação da eficácia de um programa de prevenção do VIH para mulheres, focado na negociação/resolução de conflito (ACCENT), e de uma intervenção didáctica/informativa, em comparação com um grupo de controlo (sem intervenção).

O desenvolvimento desta investigação foi orientado pelos seguintes *objectivos específicos*:

1) Avaliar a eficácia relativa das intervenções ACCENT e Didáctica, comparadas com um Grupo de Controlo. Considerando a componente inovadora do Programa ACCENT, pretende-se mais concretamente refinar e testar uma abordagem comportamental para aumentar as práticas sexuais seguras entre as jovens mulheres portuguesas de modo a diminuir o risco face ao VIH. A abordagem preventiva mais complexa é designada por Capacidade Acelerada para a Exposição ao Conflito e Treino de Negociação (ACCENT). Trata-se de um programa desenvolvido por Hobfoll e col. (2002) de modo a ser relevante para mulheres heterossexuais sexualmente activas, possuindo como base a asserção de que a iniciação de comportamentos sexualmente seguros é geradora de conflitos de género e/ou medo do conflito devido a atitudes conflituosas, objectivos e poder diferencial dos homens e das mulheres (Teoria do Género e do Poder, Wingood & DiClemente, 2002). Por se tratar de uma preocupação central, as competências de resolução/negociação de conflito são fundamentais para induzir a mudança de comportamento diádico nos casais (Ickovics & Rodin, 1992; Wingood & DiClemente, 1997, 1998). Embora este programa possa ser aplicável na

generalidade, ele é particularmente relevante para mulheres com histórias de abuso que muitas vezes têm medo do conflito de gênero, tal como crenças de eficácia diminuídas e competências pobres de resolução/negociação de conflito que seriam relevantes para tais situações.

Para alcançar o primeiro objectivo, irá ser comparada a eficácia do ACCENT (1 – grupo experimental) com uma intervenção didáctica baseada na informação sobre o VIH (2 – grupo experimental) e um grupo em lista de espera (3 – grupo de controlo). As variáveis de resultado são a depressão, a auto-estima, a auto-eficácia geral e a auto-eficácia na negociação do preservativo, o conhecimento sexual (transmissão e prevenção do VIH), a percepção de risco, as barreiras face ao sexo seguro e o comportamento sexual seguro (utilização do preservativo de forma consistente e correcta), a perda de recursos (e.g., financeiros, sociais, de tempo e condições domésticas) e o suporte social.

2) Avaliar a manutenção dos ganhos obtidos nas intervenções nos seguimentos de 3 e 6 meses após a intervenção.

4) Estudar a influência das variáveis sócio-demográficas (idade, nível de escolaridade, religiosidade) na eficácia das intervenções.

5) Adaptar e desenvolver instrumentos de avaliação e manuais de intervenção de prevenção do VIH específicos à população feminina em estudo.

6) Utilizar os resultados obtidos para a implementação de programas preventivos mais eficazes junto a esta população específica, ou seja, derivar orientações para as intervenções futuras no feminino do plural.

4.2 Hipóteses

Reconhecendo a importância das intervenções comportamentais de prevenção do VIH no feminino, tal como a presença de variáveis que podem moderar a sua eficácia, este estudo pretende testar as seguintes hipóteses sobre a eficácia relativa das intervenções, eventuais variáveis mediadoras e influência das variáveis sócio-demográficas:

Hipótese 1: Prevê-se uma diferença significativa entre o grupo submetido à intervenção ACCENT (treino de competências de resolução/negociação de conflito), o grupo submetido à abordagem didáctica/informativa (ID) e o grupo de controlo (sem intervenção), nos ganhos obtidos do momento pré-teste para o momento pós-teste, nas variáveis estudadas (variáveis de bem-estar, sociais-cognitivas e de comportamento sexual) no sentido de melhores resultados para as intervenções preventivas face ao VIH (ACCENT e ID) quando comparadas com o grupo de controlo. Assim, espera-se que no grupo ACCENT e no grupo ID as mudanças encontradas apontem no sentido de um aumento do bem-estar (diminuição da depressão, aumento da auto-estima), da auto-eficácia geral e da auto-eficácia na negociação do preservativo, do conhecimento sexual, da percepção de risco, diminuição das barreiras face ao sexo seguro e aumento do comportamento sexual seguro (utilização do preservativo de forma consistente e correcta), diminuição na perda de recursos e aumento do suporte social.

Hipótese 2: Prevê-se uma diferença significativa entre o grupo submetido à intervenção ACCENT e o grupo submetido à abordagem didáctica/informativa (ID), do momento pré-teste para o momento pós-teste, nas variáveis estudadas (variáveis de bem-estar, sociais e cognitivas, e de comportamento sexual), no sentido de melhores resultados para o grupo submetido à intervenção ACCENT.

Hipótese3: Prevê-se que os ganhos obtidos na Intervenção ACCENT, na Intervenção Didáctica e no Grupo de Controlo, nas variáveis de bem-estar, sociais-cognitivas e de comportamento sexual estudadas, se mantenham ao longo do tempo no seguimento de três e seis meses.

Análises exploratórias – Pretende-se investigar a influência das variáveis sócio-demográficas (idade, nível de escolaridade, religiosidade) na eficácia das intervenções ACCENT e Didáctica.

4.3 Variáveis Estudadas

As variáveis do presente estudo foram seleccionadas com base na revisão da literatura e nos objectivos de investigação previamente mencionados.

4.3.1 Variáveis Independentes

De acordo com as hipóteses formuladas, considera-se a variável independente como o tipo de intervenção, ou seja a Intervenção ACCENT, a abordagem didáctica/informativa individual (ID) e o grupo de controlo (sem intervenção). Esta variável foi manipulada podendo-se analisar os seus efeitos nas variáveis de resultado abaixo indicadas (Almeida & Freire, 2000).

4.3.2 Variáveis de Resultado/Dependentes

Consideramos as seguintes *variáveis de resultado (dependentes)*:

- Recursos e Factores de Vulnerabilidade

- Auto-eficácia geral
- Auto-estima
- Depressão
- Sintomatologia de *Stress* Pós-Traumático
- Utilização de álcool e drogas
- Perda de Recursos (materiais, de energia, de trabalho e interpessoais)
- Suporte social

- Conhecimento, Atitudes e Comportamento Sexual

- Conhecimento sexual (transmissão e prevenção do VIH)
- Comportamento sexual passado (e.g., actividade sexual nas últimas duas semanas, dois e seis meses)
- Práticas sexuais seguras actuais (intenção e compra de preservativos)
- Marcadores biológicos de DSTs
- Percepção de risco comunitário, pessoal e no parceiro
- Razões para não praticar sexo seguro (barreiras)
- Auto-eficácia na negociação do preservativo

4.3.3 Variáveis Sócio-demográficas

Para este estudo foram seleccionadas *variáveis sócio-demográficas* que se assumem como pertinentes para a caracterização da amostra, tendo-se seleccionado algumas destas para analisar o seu impacto na eficácia das intervenções de prevenção do VIH.

- Idade
- Habilitações Literárias
- Origem étnica
- Estatuto profissional actual
- Profissão
- Com quem vivem (sós, com os pais, com familiares, com companheiro, com amigos)
- Estado civil
- Religião
- Religiosidade actual
- Rendimento pessoal anual

4.3.4 Variáveis Clínicas

As variáveis clínicas consideradas para caracterização da amostra são as seguintes:

- Gravidez actual
- História de gravidez
- Número de filhos
- Número de parceiros
- História de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)
- Nova DST nos últimos três meses
- Realização do teste para o VIH
- Resultado do teste para o VIH
- Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PTSD)
- História de abuso na idade adulta
- História de abuso na infância

4.4 Procedimento de Recolha de Dados

A amostra do presente estudo foi constituída por mulheres com idades compreendidas entre os 16 e os 29 anos, com determinados critérios de risco para aquisição do VIH (especificados mais adiante), que frequentavam a Consulta de Apoio à Sexualidade Juvenil (CASJ) no Instituto Português da Juventude (IPJ), Delegação Regional de Braga.

Para iniciar a recolha de dados foi efectuado um protocolo de parceria (Anexo I). A este pedido foi anexada uma breve descrição do projecto de investigação, as suas diferentes fases e o nome da orientadora e da investigadora envolvidas neste estudo. Após a validação do protocolo foi efectuada uma reunião com o delegado regional e seu assistente, onde foi apresentado o projecto de investigação, tal como os critérios de inclusão das mulheres no estudo, tendo ocorrido o mesmo processo com a directora da CASJ e, posteriormente, pedida a colaboração das técnicas de enfermagem.

No presente estudo, as mulheres foram recrutadas por meio de uma brochura informativa do projecto (Anexo II) e a participação das jovens foi voluntária (Fase 1). Os questionários foram administrados individualmente pela investigadora no I.P.J., Delegação Regional de Braga, procurando-se assegurar a compreensão das questões, motivação para responder e clarificar qualquer inconsistência nas respostas. Neste contacto inicial, a idade era um critério de exclusão e por esta razão se a mulher tivesse idade inferior a 16 ou superior a 29 não podia participar. Em seguida, caso este critério fosse aplicável, era solicitada para colaborar neste estudo e, em privado, eram colocados um conjunto de questões relacionadas com os critérios de inclusão estabelecidos. Caso um destes critérios estivesse presente e existisse vontade de participar, o estudo era explicado detalhadamente com as suas finalidades. Adicionalmente, foi salientado a todas as mulheres que a sua participação era voluntária e gratuita e que era garantida a confidencialidade dos dados pessoais fornecidos.

Às mulheres que aceitaram participar no estudo procedeu-se ao primeiro momento de avaliação. O passo inicial consistiu na assinatura do consentimento informado (duas cópias: uma para a investigadora e outra para a participante) elaborado para o efeito (Anexo III). A administração dos questionários foi feita em hetero-relato, ou seja, as questões eram lidas pela investigadora e as respostas, dadas com a ajuda de cartões de resposta (Anexo IV), registadas no questionário pela mesma. As mulheres foram informadas das avaliações subsequentes, que se realizariam após as intervenções preventivas, e em seguimentos de 3 e 6 meses. Para o terceiro e quarto momento de

avaliação as mulheres eram lembradas por contacto telefónico do dia, hora e local da sua realização.

Após a primeira avaliação, as jovens foram distribuídas aleatoriamente por 2 grupos: Grupo1 – Capacidade Acelerada para a Exposição ao Conflito e Treino de Negociação (ACCENT) e Grupo2 – Intervenção Didáctica sobre o VIH/SIDA (abordagem informativa). O grupo de controlo é constituído pelas mulheres que ficaram em lista de espera para as intervenções e constituíram o Grupo3. Foram administrados questionários a todas as mulheres nos momentos de pré e pós-teste, tal como de seguimento (de 3 e de 6 meses).

As variáveis avaliadas, os respectivos instrumentos de avaliação utilizados, os momentos de avaliação e a ordem de preenchimento, são apresentados no Quadro 4.

Quadro 4. Apresentação das Variáveis estudadas, Questionários e Momentos de Avaliação

Variáveis	Questionários	Momentos de Avaliação*
Informação Demográfica	Questionário Demográfico	M-1
Recursos e Factores de Vulnerabilidade		
Auto-eficácia geral	<i>General Perceived Self-Efficacy Scale</i>	M-1, M-2, M-3, M-4
Auto-estima	<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i>	M-1, M-2, M-3, M-4
Depressão	<i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</i>	M-1, M-2, M-3, M-4
PTSD	<i>PSTD Symptom Scale self-reported (PSS-SR)</i>	M-1, M-2, M-3, M-4
Abuso sexual, físico e emocional na infância	<i>Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)</i>	M-1
Abuso sexual na Idade Adulta	<i>National women's study Questionnaire</i>	M-1

Quadro 4. Apresentação das Variáveis estudadas, Questionários e Momentos de Avaliação (cont.)

Uso de álcool e drogas associado com o sexo	Questionário sobre o uso de álcool e drogas	M-1, M-2, M-3, M-4
Perda de Recursos	<i>Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire</i> (COR-E)	M-1, M-2, M-3, M-4
Suporte Social	<i>Social Provisions Scale : Relationship Questionnaire</i>	M-1, M-2, M-3, M-4
Conhecimento, Atitudes e Comportamento Sexual		
Conhecimento Sexual	Questionário de Conhecimento Sexual	M-1, M-2, M-3, M-4
Comportamento Sexual Passado	Questionário do Comportamento Sexual Passado	M-1, M-2, M-3, M-4
Comportamento Sexual Actual	Escala de Práticas Sexuais Seguras Actuais	M-1, M-2, M-3, M-4
Marcadores Biológicos: DST	Auto-relato de DST	M-1, M-2, M-3, M-4
Percepção de risco	Questionário sobre a percepção de risco pessoal e comunitário face à SIDA	M-1, M-2, M-3, M-4
Razões para não praticar sexo seguro	Questionário de Barreiras face ao sexo seguro	M-1, M-2, M-3, M-4
Auto-eficácia na negociação do preservativo	<i>Self-efficacy AIDS Negotiation Scale</i>	M-1, M-2, M-3, M-4

* M-1, M-2, M-3, M-4 indicam a pré e pós-intervenção, e os seguimentos de 3 e 6 meses

4.4.1 Breve Descrição das Intervenções de Prevenção do VIH Implementadas

Tal como previamente mencionado, as participantes foram aleatoriamente distribuídas por dois tipos de intervenção de prevenção do VIH: ACCENT ou Didáctica. Nas intervenções ACCENT (Anexo V), as mulheres foram convidadas a participar em pequenos grupos (7-10 mulheres) durante um mínimo de 4 sessões. As intervenções de 4 a 6 sessões têm tido sucesso e não são demasiado longas, permitindo que as mulheres continuem envolvidas no programa (Hobfoll et al., 1994; Kelly et al., 1994; DiClemente & Wingood, 1995). Com o objectivo de manter as mulheres activas e envolvidas nas sessões, estas foram semanais.

O ACCENT enfatiza a exposição gradual das mulheres a elevados níveis de conflito e, ao mesmo tempo, realça as competências que irão melhorar a sua competência actual cognitiva e, em especial, as competências de negociação. Trata-se de um factor importante, uma vez que se tem verificado que muitas mulheres não possuem competências para negociar com eficácia o sexo seguro com homens confrontativos (Wingood & DiClemente, 1997b).

O programa compreende sessões de 2 horas cada, em pequenos grupos. As quatro sessões foram repartidas ao longo de dois meses. Este programa encoraja as mulheres a pensar nas consequências físicas e emocionais do sexo não seguro. Adicionalmente, ajuda-as a adquirirem conhecimentos quando reflectem sobre a sua história sexual, o teste do vírus HIV, a monogamia, o uso de preservativo e espermicida, e outras preocupações relacionadas com a saúde com os seus parceiros. Por fim, o programa ensina as participantes como negociar de forma eficaz o sexo seguro com o parceiro e manter metas sexuais seguras.

Durante as primeiras 4 sessões, as mulheres observaram vídeos (20 a 25 minutos por sessão) e praticaram o que viram nas cassetes trabalhando com o líder do grupo. As cassetes são vistas de forma interactiva em segmentos de 3 a 7 minutos. As primeiras 4 sessões são desenhadas para expor as mulheres a níveis mais elevados de confrontação com um homem em relação a assuntos sexuais/românticos. Esta exposição acelerada foi recomendada por Tarrier e col. (1999) de forma a facilitar o envolvimento dos participantes, tal como a manutenção do tratamento. Durante estas sessões e outras posteriores, as mulheres irão praticar as técnicas de negociação através da imaginação guiada (Meichenbaum, 1977) e do *role play*.

Na 1ª sessão, as mulheres praticaram, em primeiro lugar, uma situação não sexual de devolução de uma camisa em mau estado a uma loja. Posteriormente, visionaram e realizaram *role play* de uma situação de baixo nível de confrontação que consiste em recusar entrar no apartamento de um homem que é gentilmente mas firmemente persuasivo (por exemplo, “Quero conhecer-te melhor.”; “Em minha casa é mais calmo e podemos conversar.”). Na 1ª sessão, as mulheres irão aprender os primeiros passos da negociação dizendo não, sem serem passivas ou agressivas e dando uma razão clara.

Da sessão 2 à 4, as mulheres vêem vídeos de situações de confronto mais elevadas (exposição acelerada). Na 3ª sessão, aumenta o nível da confrontação verbal. Na 4ª sessão, identificam-se gestos que são indicadores de potencial ameaça física. Em cada sequência, as mulheres vêem em vídeo um modelo que reage de forma mal sucedida à confrontação e depois um modelo que reage de forma bem sucedida. O modelo bem sucedido versus o modelo mal sucedido irá ilustrar níveis cada vez mais sofisticados de negociação.

Em suma, as componentes da negociação das sessões 1 a 4 incluem: (1) decidir em relação a um comportamento pessoal (por exemplo, não ter relações sexuais sem preservativo), (2) explicar a razão subjacente à decisão ao parceiro, (3) antecipar a reacção provável por parte do parceiro e como a própria mulher poderá reagir, (4) ser firme mas não agressiva em relação ao objectivo, (5) realizar tentativas para compreender os objectivos do parceiro, (6) expressar preocupação em relação aos objectivos e necessidades do parceiro, (7) procurar um compromisso que vai de encontro às necessidades do parceiro mas que não compromete o objectivo comportamental de sexo seguro. Assim, as mulheres irão aprender técnicas específicas de negociação, tal como a negociar de forma a conter a violência e a decidir quando devem sair das situações onde estão em potencial risco físico.

Nas sessões 5 e 6 do ACCENT, não será utilizado nenhum material de vídeo. Em vez disso, as mulheres irão oferecer as suas próprias situações mais difíceis e o líder do grupo irá utilizar a discussão, a imaginação guiada e o *role play* para praticar as competências de negociação aprendidas. Estas duas sessões permitem que as mulheres pratiquem as competências adquiridas e ganhem mais sentido de eficácia em situações que se aproximam às das suas próprias vidas.

Relativamente à Intervenção Didáctica de Prevenção do VIH/SIDA, esta é vista como uma intervenção educacional básica (Kamb et al., 1998). Ao contrário do

ACCENT, não contém qualquer treino de competências, é mais breve e focada no indivíduo.

A intervenção didáctica de Prevenção do VIH/SIDA consiste em 2 sessões de 30 minutos. O facilitador será treinado sobre temáticas relacionadas com comportamentos de risco e SIDA. Na 1ª sessão, o facilitador irá rever uma lista de risco com as mulheres, indicando comportamentos que as podem colocar em risco: (1) o seu número de parceiros, (2) o uso de preservativo, (3) risco associado com os seus parceiros (por exemplo, uso de droga e sair com outras mulheres) e (4) as suas práticas sexuais. Como materiais, serão utilizadas duas brochuras construídas para o programa que contém a informação anteriormente descrita para prevenção do VIH (Anexo VI). O facilitador não envolverá de forma explícita o participante no aconselhamento interactivo, mas irá responder a questões que as mulheres têm dentro de um grau de interacção ético e realista. O facilitador também utilizará esta oportunidade para ajudar as mulheres em relação a vários assuntos se surgirem áreas de preocupação a partir dos questionários ou da sessão (por exemplo, risco identificado para PTSD, abuso sexual contínuo). Por fim, será marcado um encontro para duas semanas mais tarde e o facilitador irá novamente encorajar as mulheres a pensar e tentar ir de encontro aos seus objectivos de forma possível sem se envolver num aconselhamento interactivo.

4.5 População e Amostra

A população alvo deste estudo foi constituída por mulheres seleccionadas em Consultas de Apoio à Sexualidade Juvenil (CASJ) com idades compreendidas entre os 16 e os 29 anos (N=177), de nível socio-económico médio e médio – baixo, com o mínimo de 4 anos de escolaridade e com elevado risco em termos de virem a desenvolver o VIH. Estas foram convidadas a participar por um membro da equipa e então referenciadas para avaliação, se estivessem interessadas.

Os critérios de inclusão, de modo a garantir o estatuto de elevado risco das mulheres, foram os seguintes:

- (1) procurar cuidados por suspeita de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), ou
- (2) ter múltiplos parceiros durante os seis meses prévios, ou
- (3) relatar terem tido sexo com uma pessoa que sabem ter outros parceiros sexuais, ou
- (4) utilizar drogas injectáveis.

Tais critérios foram aplicados no procedimento de recrutamento. Além disso, foram escolhidas mulheres com idades compreendidas entre os 16 e os 29 anos porque este critério permite incluir um leque mais vasto de mulheres jovens. Sabe-se que as mulheres com idade inferior a 16 anos respondem melhor a grupos orientados para os adolescentes e que as mulheres com mais de 29 anos estão, geralmente, em relações mais estáveis. Tal como as intervenções devem ser culturalmente relevantes, a relevância desenvolvimental também requer decisões sobre grupos-alvo como estes (Jemmott et al., 1998).

Assim, o objectivo de estudar a eficácia das intervenções realizou-se através da recolha de uma amostra de conveniência de mulheres em risco que foram distribuídas aleatoriamente por 2 condições: Grupo 1 – Capacidade Acelerada para o Treino de Negociação de Exposição ao Conflito (ACCENT) para mulheres, Grupo 2 – Intervenção Didáctica (abordagem informativa). O método de distribuição das mulheres pelos grupos de intervenção (ACCENT e ID) foi aleatório, tratando-se de uma amostragem aleatória estratificada proporcional pela variável classe etária (Bryman & Cramer, 2003). O grupo 3 foi formado por mulheres que ficaram em lista de espera para as intervenções e constitui o grupo de controlo, não tendo sido feita distribuição aleatória em relação a este grupo. A aleatorização foi completada após os questionários de base serem administrados e revelada às participantes após estas terem indicado a sua vontade de participar. Foram feitas avaliações de pré e pós-teste, e de seguimento de 3 e de 6 meses.

Tendo em consideração os critérios anteriores, foram recrutadas 200 mulheres para participação nesta investigação. A participação foi voluntária sendo estas previamente informadas sobre a natureza e objectivos do presente estudo. Das 200 mulheres, 23 faltaram ou pediram para adiar por não terem disponibilidade, havendo dificuldade em conciliar horários na intervenção em grupo, sendo a amostra final do estudo constituída por 177 mulheres (88.5% de taxa de participação). No que respeita à taxa de mortalidade experimental, verifica-se que a perda de sujeitos entre momentos foi baixa para os grupos 1 e 2, uma vez que apenas 17 mulheres não concluíram as intervenções (9.6% de taxa de mortalidade experimental). No grupo de controlo, a taxa de participação foi de 100%.

4.5.1 Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra

No Quadro 5 apresenta-se as características *sócio-demográficas* da amostra (N=177) segundo o grupo de pertença, correspondendo cada grupo a uma percentagem da amostra total: o Grupo de Controlo (n= 33) corresponde a 18.6% da amostra, o grupo de Intervenção Didáctica (ID) (n=74) corresponde a 41.8% e o Grupo ACCENT (n=70) a 39.5% da amostra total. Só foram realizados testes de diferenças entre grupos nas variáveis com número suficiente de sujeitos nas várias células para permitir uma interpretação adequada dos resultados (Pallant, 2001).

A variável idade foi categorizada em ≤ 18 anos e > 18 . No Grupo ID existem mais mulheres com idade superior a 18 anos (n=49), o que corresponde a 66.2% da respectiva amostra (M=19.8; DP= 2.20), variando a idade entre os 16 e os 25 anos. No Grupo ACCENT a idade média é de 20.5 anos (DP=2.64), existindo maior número de mulheres com idade superior a 18 anos (n=53), correspondendo a 75.7%, variando a idade entre os 16 e os 27 anos. No Grupo de Controlo, a percentagem de jovens com idade superior a 18 anos é de 54.5%, com idades compreendidas entre os 16 e os 24 anos. Comparando os grupos em termos de idades médias, verifica-se que não existem diferenças significativas (F=2.4; p=.094). Ao nível etário trata-se de uma amostra onde o maior número de jovens participantes possui idade superior a 18 anos. As diferenças de idade entre os três grupos não são significativas ($\chi^2 = 4.75$; p=.093).

Quanto à *escolaridade*, de acordo com a sua categorização (Ensino não superior e Ensino superior), as habilitações literárias das mulheres podem ser consideradas médias. Verifica-se que nas mulheres do Grupo ID, 58.1% frequentam o ensino superior e 41.9% referem ter um grau de escolaridade correspondente ao ensino não superior (ensino secundário e terceiro ciclo). No grupo ACCENT, a maior percentagem das mulheres frequenta o ensino superior (70%), enquanto que as restantes 30% possuem como habilitações literárias o ensino não superior (secundário, segundo e terceiro ciclo). A maior percentagem das mulheres que pertencem ao grupo de controlo frequentam o ensino superior (54.5%), enquanto que 45.5% referem possuir um grau de escolaridade superior ao ensino primário, com elevada frequência do ensino secundário. Também a este nível não se verificam diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2 = 3.16$; p=.21).

Quadro 5. Caracterização sócio-demográfica da amostra por grupo (N=177)

	G. ID (n=74)		G. ACCENT (n=70)		G. CONTROLO (n=33)			
Variáveis sócio-demográficas	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%	χ^2*	p
Idade							4.75	.093
≤18	25	33.8	17	24.3	15	45.5		
>18	49	66.2	53	75.7	18	54.5		
Escolaridade							—	—
Segundo ciclo	0	0	1	1.4	1	3		
Terceiro ciclo	3	4.1	2	2.9	2	6.1		
Ensino secundário	28	37.8	18	35.7	12	36.4		
Frequência Universitária	42	56.8	43	61.4	18	54.5		
Licenciatura/Bacharelato	1	1.4	6	8.6	0	0		
Escolaridade							3.16	.21
Ensino não superior	31	41.9	21	30	15	45.5		
Ensino superior	43	58.1	49	70	18	54.5		
Etnia							—	—
Branca	71	95.9	64	91.4	31	93.9		
Negra	2	2.7	6	8.6	2	6.1		
Hispânica	1	1.4	0	0	0	0		
Estatuto profissional actual							7.08	.03**
Empregada	14	18.9	11	15.7	0	0		
Não empregada	60	81.1	59	84.3	33	100		
Viver com pais							2.23	.33
Sim	49	66.2	45	64.3	17	51.5		
Não	25	33.8	25	35.7	16	48.5		
Viver com familiares							.195	.91
Sim	9	12.2	7	10	4	12.1		
Não	65	87.8	63	90	29	87.9		
Viver com amigos							1.84	.40
Sim	11	12.1	10	14.3	8	24.2		
Não	63	61.9	60	85.7	25	75.8		
Viver com companheiro							4.12	.13
Sim	2	2.7	7	10	1	3		
Não	72	97.3	63	90	32	97		
Viver com crianças							—	—
Sim	0	0	0	0	0	0		
Não	74	100	70	100	33	100		
Viver sozinha							.035	.983
Sim	7	9.5	6	8.6	3	9.1		
Não	67	90.5	64	91.4	30	90.9		
Estado civil							—	—
Solteiro	73	98.6	69	98.6	33	100		
Casado	0	0	1	1.4	0	0		
União de facto	1	1.4	0	0	0	0		
Religião							7.13	.31
Católica praticante	36	48.6	33	47.1	22	66.7		
Católica não praticante	28	37.8	31	44.3	9	27.3		
Sem religião	9	12.2	4	5.7	1	3		
Outra	1	1.4	2	1.6	1	3		
É religiosa?							2.02	.73
Sim	34	45.9	35	50	15	45.5		
Mais ou menos	28	37.8	29	41.4	14	42.4		
Não	12	16.2	6	8.6	4	12.1		
Vai à missa?							4.15	.39
Sim	12	16.2	17	24.3	9	27.3		
Às vezes	22	29.7	24	34.3	12	36.4		
Não	40	54.1	29	41.4	12	36.4		

* Só se referem os valores do χ^2 quando existe n suficiente por célula para a interpretação dos resultados.

** Só se refere aos grupos de intervenção.

No que concerne à *etnia*, 95.9% das mulheres do grupo ID são de etnia branca, registando-se esta predominância no grupo ACCENT (91.4%) e no grupo de controlo (93.9%). As restantes mulheres são de etnia negra.

No que respeita ao *estatuto profissional actual*, verifica-se que esta variável não se aplica ao G.C. visto que todas as jovens são estudantes e/ou encontram-se desempregadas (100%). No G.ID verifica-se que 18.9% das mulheres estão profissionalmente activas e no G.ACCENT 15.7% também estão empregadas, registando-se diferenças significativas entre os dois grupos de intervenção ($\chi^2=7.08$; $p=.031$).

Relativamente à *composição do agregado familiar com quem residem*, uma percentagem de 66.2% de mulheres no G.ID vive com os pais, 12.2% vive com familiares e 12.1% com amigos, e uma pequena percentagem vive sozinha (9.5%) ou com o companheiro (2.7%). Verifica-se ainda o mesmo padrão nesta variável para as mulheres do G.ACCENT: 64.3% vivem com os pais, 10% com familiares, 14.3% com amigos, 10% com o companheiro e 8.6% vivem sozinhas. No G.C., 51.5% das mulheres refere residir com os pais e 24.2% com amigos ou com familiares (12.1%), e tal como nos grupos anteriores, uma pequena percentagem vive sozinha (9.1%) ou com o companheiro (3%). De salientar ainda que nenhuma das jovens vive com crianças. A análise das diferenças ao nível dos grupos, demonstra que não existem diferenças significativas relativamente à composição do agregado familiar (viver com os pais: $\chi^2=2.23$; $p=.33$; viver com familiares: $\chi^2=.195$; $p=.91$; viver com amigos: $\chi^2=1.84$; $p=.40$; viver com o companheiro: $\chi^2=4.12$; $p=.13$; viver sozinha: $\chi^2=.035$; $p=.983$).

Quanto ao *estado civil*, a generalidade das mulheres nos três grupos são solteiras: 98.6% no G.ID, 98.6% no G.ACCENT e 100% no G.C. Uma minoria vive em união de facto ou é casada.

No total da amostra, a *religião* das mulheres é maioritariamente a religião católica, variando na prática. No G.ID, 48.6% das mulheres são católicas praticantes, sendo no G.ACCENT de 47.1% e no G.C de 66.7%. As restantes são católicas não praticantes e uma pequena percentagem refere que não possui religião (3%; 12.2%; 5.7%) ou que segue outra ideologia (3%; 1.4%; 1.6%). Também a este nível não se

verificam diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2=7.13$; $p=.31$). Quando questionadas sobre a sua *religiosidade*, no G.ID 45.9% consideram-se religiosas e 37.8% mais ou menos religiosas. A mesma distribuição pode ser encontrada no G.ACCENT onde 50% se afirmam como religiosas e 41.4% mais ou menos religiosas. No G.C. 45.5% também se consideram religiosas e 42.4% mais ou menos. A este nível também não se verificam diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2=2.02$; $p=.73$). Considerando a questão relativa à frequência da *ida à missa*, a maior percentagem das mulheres dos três grupos refere que não vão à missa, seguindo-se aquelas que vão às vezes. Mais concretamente, 54.1% das mulheres do G.ID não vão à missa e 29.7% vai às vezes. No G.ACCENT esta tendência também se verifica (41.4% vs 34.3%). Já no G.C, 36.4% das mulheres não vão à missa e a mesma percentagem vai às vezes. As restantes mulheres vão à missa regularmente, constituindo a menor percentagem. Também a este nível não se verificam diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2=4.15$; $p=.39$).

Em conclusão, observa-se que os três grupos são equivalentes em termos das características sócio-demográficas. Os testes de Qui Quadrado produziram apenas resultados significativos para o estatuto profissional actual, verificando-se que as mulheres pertencentes aos grupos submetidos a intervenção são profissionalmente mais activas do que as que se encontram em lista de espera. A diferença na actividade profissional entre mulheres pertencentes aos G.ID e G.ACCENT deverá ser tida em conta na interpretação dos resultados.

4.5.2 Caracterização Clínica da Amostra

No Quadro 6 apresenta-se as características clínicas da amostra (N=177), segundo o grupo de pertença. Como para as variáveis sócio-demográficas, só foram realizados testes de diferenças entre grupos nas variáveis com número suficiente de sujeitos nas várias células para permitir uma interpretação adequada dos resultados (Pallant, 2001).

No que respeita ao *estatuto de gravidez no momento de avaliação*, constata-se que nenhuma mulher se encontrava grávida nos três grupos. Não obstante, quando questionadas sobre uma *gravidez prévia*, uma pequena percentagem de mulheres do G.ID (1.4%) e do G.ACCENT (7.1%) assentem.

Tendo em consideração o *número de filhos*, é possível constatar que grande parte da amostra tem entre 0 a 1 filho. Apenas 2.9% das mulheres do G.ACCENT estão incluídas nesta categoria, sendo que as restantes não têm filhos.

Em suma, algumas mulheres possuem história de gravidez prévia, deixando implícita a existência de aborto provocado ou espontâneo (gravidez prévia = 8.5% vs número de filhos = 2.9%). Quanto ao *número de parceiros*, constata-se que todas as mulheres dos três grupos referem que o seu parceiro actual é o seu único parceiro.

No âmbito das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), 6.8% das mulheres do G.ID já tiveram uma DST, tal como 12.9% das mulheres do G.A e 3% das participantes do G.C. Em relação à ocorrência de nova doença sexualmente transmissível nos últimos três meses, 1.4% das mulheres do G.A e 7.1 do G.C assentem. A realização do teste para detecção do VIH foi efectuada por 16.2% das participantes do G.ID, tal como por 15.7% do G.A e por 9.1% do G.C. Não obstante, em nenhuma destas mulheres o teste foi positivo para o VIH. No que respeita à avaliação da existência de DSTs, 6.8% das mulheres no G.ID, 12.9% no G.A e 3% no GC afirmam ter tido uma DST. Na avaliação da realização do teste para o VIH, 16.2% das mulheres no G.ID realizaram o teste para o VIH, 15.7% do G.A e 9.1% do GC, tendo o resultado sido negativo no teste para o VIH em todas as participantes. As diferenças entre grupos nas variáveis de DSTs e VIH não se apresentam como significativas (DSTs: $\chi^2=3.28$; $p=.194$; VIH: $\chi^2=1.02$; $p=.600$).

Para avaliar a possível existência de diferenças significativas entre estes três grupos no pré-teste no controlo da natalidade (utilização de pílula e/ou preservativo) foram também utilizados testes Qui Quadrado (medidas categóricas). A avaliação do controlo da natalidade no pré-teste refere-se à utilização da pílula e do preservativo no último ano. Verificam-se diferenças significativas entre os grupos no uso da pílula, com mais uso nos grupos de intervenção em comparação com o grupo de controlo ($\chi^2=7.19$; $p=.028$). Pelo contrário, no uso de preservativo não se verificam diferenças significativas entre os três grupos ($\chi^2=1.01$; $p=.603$).

Quadro 6. Caracterização clínica da amostra por grupo (N=177)

	G. ID (n=74)		G. ACCENT (n=70)		G. CONTROLO (n=33)			
Variáveis Clínicas	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%	<u>n</u>	%	χ^2*	p
Está grávida?								
Sim	0	0	0	0	0	0	—	—
Não	74	100	70	100	33	100		
Já esteve grávida?								
Sim	1	1.4	5	7.1	0	0	—	—
Não	73	98.6	65	92.9	33	100		
Número de filhos								
0	74	100	68	97.1	33	100	—	—
1	0	0	2	2.9	0	0		
2	0	0	0	0	0	0		
O seu parceiro actual é o seu único parceiro?								
Sim	74	100	70	100	33	100	—	—
Não	0	0	0	0	0	0		
Alguma vez teve uma doença sexualmente transmissível?							3.28	.194
Sim	5	6.8	9	12.9	1	3		
Não	69	93.2	61	87.1	32	97		
Teve uma nova DST nos últimos três meses?								
Sim	0	0	1	1.4	5	7.1	—	—
Não	33	100	73	98.6	65	92.9		
Alguma vez fez o teste para o VIH?							1.02	.600
Sim	12	16.2	11	15.7	3	9.1		
Não	62	83.8	59	84.3	30	90.1		
Alguma vez o teste foi positivo para o VIH?								
Sim	0	0	0	0	0	0	—	—
Não	74	100	70	100	33	100		
Controle da Natalidade:							7.19	.028
- Pílula								
Sim	57	77	62	88.6	22	66.7		
Não	17	23	8	11.4	11	33.3		
- Preservativo							1.01	.603
Sim	60	81.8	52	74.3	25	75.8		
Não	14	18.9	18	25.7	8	24.2		

Quadro 6. Caracterização clínica da amostra por grupo (N=177) (cont.)

História de Abuso na Idade Adulta:								
- Detecção de violação								
Sim	6	8.1	5	7.1	1	3	—	—
Não	68	91.9	65	92.9	32	97		
- Assédio								
Sim	5	6.8	3	4.3	1	3	—	—
Não	69	93.2	67	95.7	32	97		
- Ameaça sexual								
Sim	9	12.2	6	8.6	1	3	—	—
Não	65	87.8	64	91.4	32	97		
História de Abuso na Infância:								
Abuso sexual								
Sim	8	10.8	9	12.9	2	6.1	—	—
Não	66	89.2	61	87.1	31	93.9		
Abuso físico/ emocional								
Sim	68	91.9	66	94.3	31	93.9	—	—
Não	6	8.1	4	5.7	2	6.1		
Sintomatologia de PTSD							1.24	.539
Sim	10	13.5	12	17.1	3	9.1		
Não	64	86.5	58	82.9	30	90.9		

* Só se referem os valores do χ^2 quando existe n suficiente por célula para a interpretação dos resultados.

No Quadro 6 apresenta-se adicionalmente os resultados das variáveis de *abuso na idade adulta e na infância*. A análise dos itens que avaliam o abuso na idade adulta indicam que 8.1% das mulheres do G.ID foram vítimas de *violação*, tal como 7.1% das mulheres do G.A e 3% no G.C. Em relação ao *assédio*, 6.8% das mulheres no G.ID, 4.3% do G.A e 3% do G.C. foram vítimas de assédio. A *ameaça sexual* é referida por 12.2% das mulheres do G.ID, por 8.6% das mulheres do G.A e 3% das mulheres do G.C.

O *Questionário de Trauma Infantil* (CTQ), utilizado para medir o abuso na infância, inclui duas sub-escalas (abuso sexual; abuso físico/emocional). Em relação ao *abuso sexual*, 10.8% das mulheres do G.ID, 12.9% das mulheres do G.A e 6.1% das mulheres do G.C revelam terem sido vítimas de abuso sexual na infância. O *abuso físico/emocional* é referido por 91.9% das mulheres pertencentes ao G.ID, por 94.3% das mulheres do G.A e por 93.9% das que pertencem ao G.C. Verifica-se assim, uma percentagem elevada de abuso físico/emocional nesta amostra.

Em suma, através da análise das variáveis clínicas, podemos concluir que o G.ID, o G.A e o GC, são equivalentes no pré-teste na maioria das variáveis estudadas. Verificaram-se diferenças significativas entre os grupos nas medidas de controlo da natalidade, nomeadamente o grupo ACCENT é o que faz mais uso da pílula enquanto método contraceptivo. Estas diferenças serão tidas em conta na interpretação dos resultados dos estudos de eficácia.

4.6 Instrumentos de Avaliação

Os instrumentos utilizados foram seleccionados e adaptados para português. Deste modo, tendo em consideração as variáveis em estudo, foram utilizados 17 instrumentos (Anexo VII) que constituem a versão portuguesa adaptada para este estudo por McIntyre e Veiga Costa (2002) do *Women's Health Study Questionnaire* (Hobfoll et al., 2002). Os instrumentos de avaliação utilizados são apresentados em seguida:

- Questionário Sócio-Demográfico (McIntyre, Veiga Costa & Hobfoll, 2002) (item 1 ao item 15);
- *Self-Efficacy AIDS Negotiation Scale* (Hobfoll, 2002) (item 16 ao item 23);
- *Conservation of Resources-Evaluation* (COR-E) (Hobfoll & Lilly, 1993). Versão experimental portuguesa (McIntyre & Veiga Costa, 2002) (item 24 ao item 68);
- *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) (Randloff, 1977) (item 69 ao item 88);
- *Social Provisions Scale: Relationship Questionnaire* (Cutrona & Russel, 1993) (item 89 ao item 97);
- *General Perceived Self-Efficacy* (Schwarzer & Jerusalem, 1993/ver.2000) Versão experimental portuguesa (McIntyre & Veiga Costa, 2002) (item 98 ao item 107);
- *Sexual Knowledge* (Hobfoll, 2002) (item 113 ao item 126);
- *Past Sexual Behaviour* (Hobfoll, 2002) (item 127 ao item 151);
- *Perceptions of Risk* (Hobfoll, 2002) (item 152 ao item 158); *Atitudes and other AIDS related behaviors; Partner HIV Risk Behavior.*
- *Current safer sex practices* (Hobfoll, 2002) (item 159 ao item 173);
- *Barriers Against Safer Sex Behavior Scale: Reasons for not practicing safer-sex* (Hobfoll, 2002) (item 174 ao item 184);
- *STD markers* (Hobfoll, 2002) (item 185 ao item 206);

- *Alcohol and drug use* (Hobfoll, 2002) (item 207 ao item 216);
- *Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965) (item 217 ao item 226);
- *PSTD Symptom Scale Self-Reported* (PSS-SR) (Foa et al., 1993). Versão experimental portuguesa (McIntyre & Veiga Costa, 2002) (item 228 ao item 261);
- *Sexual abuse in adulthood* (6 itens do *National women's study*; Resnick et al., 1993) (item 262 ao item 267);
- *Childhood Trauma Questionnaire* (Bernstein et al., 1994). Versão experimental portuguesa (McIntyre & Veiga Costa, 2002) (item 268 ao item 295).

Assinala-se que não foi um objectivo principal deste estudo a validação de instrumentos ainda não aferidos para a população portuguesa, atendendo ao número limitado de sujeitos da amostra. Contudo, a sua selecção, desenvolvimento e adaptação ao contexto de investigação obedeceu a critérios rigorosos, procedendo-se ao estudo das suas principais características psicométricas em termos de validade de construto, fidelidade e validade discriminante. De seguida, apresentar-se-á uma descrição de cada instrumento com os respectivos índices psicométricos estudados. Na análise das características psicométricas dos instrumentos utilizados para este estudo, trabalhamos com a amostra das 200 mulheres que foram inicialmente avaliadas e não apenas com as 177 que concordaram participar na fase de intervenção.

Todas as escalas seguiram o método de tradução directa da versão americana para português, seguida tradução inversa da tradução portuguesa para inglês, e posterior comparação das duas versões para verificar discrepâncias e efectuar a correcção da versão original (McIntyre, 1995).

4.6.1 Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (McIntyre, Veiga Costa & Hobfoll, 2002)

O Questionário sócio-demográfico foi desenvolvido com o objectivo de recolher dados sócio-demográficos e outras variáveis clínicas consideradas relevantes para a caracterização da amostra. O questionário reúne a seguinte informação: idade, habilitações literárias, origem étnica, estatuto profissional actual, profissão, com quem vivem (a sós, com a família, com familiares, com o companheiro, com amigos), estado civil, religião, religiosidade actual, rendimento pessoal anual, gravidez actual, história de gravidez, número de filhos e variáveis de relação (e.g., vontade do parceiro em usar

preservativo, monogamia, duração da relação, importância atribuída à manutenção da relação). O questionário é constituído por 19 itens de formato misto, com questões abertas e de escolha múltipla.

4.6.2 Questionário da Auto-Eficácia na Negociação do Preservativo (*Self-Efficacy AIDS Negotiation Scale* - SE-AIDS)

Versão Original

Esta escala de 5 itens foi desenvolvida por Hobfoll (2002) com o objectivo de avaliar a auto-eficácia na negociação do preservativo. As mulheres respondem pontuando o quão confiante se sentem ao negociar o sexo seguro com os seus parceiros, usando uma escala de 9 pontos (0 = nada confiante a 9 = totalmente confiante). Não existem dados publicados sobre a fidelidade e validade nesta escala.

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

As características psicométricas da escala na amostra portuguesa em estudo foram testadas em termos de consistência interna, validade de construto e validade convergente. Em termos de fidelidade nesta amostra (N=200), a escala apresenta um índice aceitável de consistência interna (Alfa de *Cronbach* = .69) apresentando todos os itens correlações superiores a .30 com o total da escala (Quadro 7).

Quadro 7

Resultados das análises de consistência interna do SE-AIDS (N=200)

Item	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Item 1	.39	.67
Item 2	.51	.61
Item 3	.55	.59
Item 4	.32	.70
Item 5	.51	.61
Alfa total da escala = .69		

A validade de construto foi estudada recorrendo à análise factorial exploratória da *Self-Efficacy AIDS Negotiation Scale* (Quadro 8). Antes de se realizar a análise factorial, procedeu-se à análise do teste *sw Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO; valor igual ou superior a .6) e do teste de esfericidade de *Bartlett* (TEB; $p < .05$), para verificar se as características dos dados seriam adequadas para se proceder a uma análise factorial (Pestano & Gageiro, 1998; cit. por Almeida & Freire, 2003; Pallant, 2001). Os valores obtidos pelo KMO (.641) e pelo TEB (215.68; $p < .000$) confirmam os critérios psicométricos para a realização da análise factorial.

Quadro 8
Estrutura factorial da *Self-Efficacy AIDS Negotiation Scale* (SE-AIDS), versão experimental (N=200)

Factor	Carga factorial
I Auto-eficácia na negociação do preservativo Eigenvalue: 2.3 Variância explicada: 46.24%	
Quão confiante se sente com o seu parceiro:	.78
17. ... de convencer o seu parceiro a usar preservativo mesmo que ele diga que não quer?	
18. ... de recusar ter relações sexuais se ele não concordar com sexo seguro?	.74
20. ... de manter-se pelo sexo seguro se ele ameaçar ir-se embora?	.71
16. ...de abordar o assunto do preservativo ou do sexo seguro nas conversas	.65
19. ... de pôr o sexo de lado se não quiser nesse momento mas ele sim?	.48

A análise factorial exploratória conduziu à extracção de um factor com valor próprio superior a 1 que explica 46.24% da variância, confirmando a unidimensionalidade da escala.

Quadro 9

Coeficientes de correlação de *Spearman* entre os itens e o total da SE-AIDS (N=200)

	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20
Item 16					
Item 17	.512**				
Item 18	.225**	.442**			
Item 19	.095	.180*	.338**		
Item 20	.285**	.378**	.483**	.376**	
SE-AIDS Total	.426**	.613**	.701**	.697**	.616**

** p< .01

* p< .05

Neste estudo foram também analisadas as correlações entre os itens e o total do SE-AIDS, encontrando-se os resultados descritos no quadro 9. As correlações observadas entre os itens são moderadas com a excepção do item 19 em relação ao item 16, onde o coeficiente de correlação de *Spearman* é mais baixo ($r=.095$). No geral, os itens correlacionam-se de modo positivo e significativo entre si, indicando uma associação moderada.

Para verificar a validade convergente realizaram-se correlações da Escala de Auto-eficácia na Negociação do Preservativo com outra escala de auto-eficácia (Auto-Eficácia Geral Percebida). A correlação da Auto-eficácia na Negociação do Preservativo com o total da Auto-eficácia geral é baixa mas significativa ($r=.240$, $p<.01$), corroborando a validade convergente mas indicando alguma especificidade no domínio de avaliação desta escala.

Trata-se de um primeiro estudo desta escala numa amostra portuguesa, sendo necessário que os dados sejam replicados noutras amostras. No entanto, os dados de fidelidade e validade encontrados são promissores e permitem a utilização desta escala com confiança no estudo apresentado.

4.6.3 Questionário da Conservação de Recursos (*Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire* - COR-E)

O *Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire* (COR-E) é um instrumento que se baseia na Teoria de Conservação de Recursos (Hobfoll, 1989), um modelo de stress mais recente (1989) e inovador face aos modelos tradicionais (e.g., Cannon, 1932; Selye 1950, 1951-1956; Elliot & Eisdorfer, 1982; Spielberger, 1966, 1972; Sarason, 1972, 1975; McGrath, 1970; Lazarus & Folkman, 1984), conforme descrito na revisão da literatura. Segue-se uma breve descrição do *Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire* original e das suas características psicométricas na amostra portuguesa.

Versão Original

A Perda de Recursos foi medida usando o *Conservation of Resources-Evaluation Questionnaire* (COR-E) (Hobfoll & Lilly, 1993). O COR-E mede o grau em que as mulheres encontraram condições *stressantes* que resultam na perda material (por exemplo, transporte, casa), de condição (emprego, educação), características pessoais (sentido de esperança e de controlo) e recursos de energia (dinheiro, crédito). Este questionário foi desenhado para avaliar os ganhos e as perdas de recursos (Hobfoll, Lilly, Jackson, 1992). Contudo, a dimensão de perda de recursos tem obtido em vários estudos relevância primordial como medida associada ao *stress*. Nomeadamente, estudos de Hobfoll e Lilly (1993), e de Ennis e col. (2000) revelam que a perda de recursos é um *stressor* crítico e que aqueles que conseguem manter os recursos durante períodos de *stress* têm resultados psicológicos e funcionais mais favoráveis. Hobfoll e col. (2000) colocaram ainda hipóteses específicas relacionadas com a forma como os recursos, tais como a eficácia e o suporte social, são afectados de modo negativo pelo abuso sexual. Neste contexto, o COR-E constitui uma medida adicional de recursos que pode ser utilizada em modelos de equação estrutural (*structural equation models*), em especial para criar medidas mais estáveis do impacto do abuso sexual passado nos recursos.

O COR-E é uma escala auto-administrada e demora cerca de 30 minutos a ser preenchida. A versão inicial, com base num estudo de Hobfoll e Lilly (1993), foi testada numa amostra de 255 indivíduos (95 homens e 160 mulheres). A listagem de 74 recursos foi criada através de séries de processos grupais por Hobfoll, Lilly e Jackson (1991). Neste processo de listagem, os grupos (universitários e da comunidade não

pertencentes à amostra em estudo) nomearam recursos importantes nas suas vidas. Posteriormente, os grupos avaliaram, adicionaram e eliminaram recursos que possuíam pouca importância, ou que eram pouco específicos (e.g., tocar um instrumento musical). Vários grupos trabalharam nesta tarefa até resultar numa lista final de recursos. Contudo, os autores consideram que tal como as medidas de acontecimentos de vida, tais listas nunca podem ser consideradas completas. Por esta razão, consideram adicionalmente que esta lista de recursos não deve ser vista como nomeando todos os recursos, sendo apresentada como uma lista abrangente de 74 recursos. Alguns exemplos de itens são: “ajuda com as crianças”, “ferramentas necessárias para o trabalho”, “bom casamento”, “sentir que é bem sucedido”, “dinheiro para formação (educação, iniciar um negócio)” (Wells, Hobfoll & Lavin, 1999). Estes itens abarcam diversos tipos de recursos: recursos de trabalho (e.g.: *necessary tools for work* ou *understanding from my employer/boss*), recursos pessoais – auto-estima (*sense of pride in myself* ou *ability to communicate well*), eficácia (*ability to organize tasks* ou *self-discipline*), bem-estar (*sense of optimism* ou *feeling that my life has meaning/ purpose*), recursos materiais (*personal transportation* ou *financial stability*), recursos de energia (*free time* ou *adequate financial credit*), recursos interpessoais – família (*familiy stability* ou *help with tasks at home*), e recursos interpessoais – geral (*intimacy with at least one friend* ou *people I can learn from*).

O modo de resposta dos 74 itens da escala é numa escala *likert* de 1 a 7 pontos, considerando a perda e ganho de recursos: (1) perda recente que tenham experienciado nas últimas semanas (1 = pouca perda, 7 = muita perda), (2) a perda que experienciaram durante o último ano, (3) os ganhos que experienciaram recentemente (1 = pouco ganho, 7 = muito ganho), e (4) os ganhos que experienciaram durante o último ano. No estudo original, os participantes efectuaram esta classificação face aos 74 recursos considerando para cada perda e/ou ganho. Caso não houvesse perda ou ganho, não era dada nenhuma resposta para o recurso em questão. Existem muitas versões da escala, o que torna difícil descrever o instrumento. Para este estudo foi utilizada a versão de Hobfoll e Schroder (2001).

No que concerne à fidelidade teste-reteste da versão original, os coeficientes encontrados por Hobfoll e Lilly (1993) para as medidas de perda de recursos e ganhos recentes variaram entre os .55 e os .64, e para as medidas de perda e ganho durante o último ano variaram dos .64 aos .67. De acordo com os autores, estes números são consistentes com os dados para as medidas de acontecimentos de vida recentes. No

geral, concluem que o COR-E é um instrumento de pesquisa razoável e que possui tanta confiança e validade como as medidas de acontecimentos de vida geralmente utilizadas (e.g., Dohrenwend, Krasnoff, Askensay, & Dohrenwend, 1978; Saranson, Johnson, & Siegel, 1978; cit. em Hobfoll & Lilly, 1993). Os autores não referem dados adicionais relativos à consistência interna.

Hobfoll e Schroder (2001) também recorreram ao COR-E para avaliar o *stress* num estudo sobre as estratégias de *coping* de 1.339 mulheres. Neste âmbito, utilizaram 44 dos 74 itens disponíveis do COR-Evaluation (Hobfoll, 1998) que consideraram mais relevantes para a população feminina alvo. Neste sentido, foi avaliada a quantidade de *stress* nos últimos três meses em termos de perda ou ameaça de perda de recursos importantes tais como rendimento adequado, emprego estável, ou estabilidade familiar. As respostas foram dadas numa escala de três pontos (1=nenhuma ameaça ou perda, 2=alguma ameaça ou perda, e 3=muita ameaça ou perda) com uma categoria adicional “não se aplica” caso algum item não se adequasse a uma determinada área da vida de uma mulher. Neste caso, “não se aplica” foi classificado como “nenhuma ameaça ou perda”, e os totais foram calculados de modo obter indicadores para diferentes tipos de ameaça ou perda. Neste estudo encontraram-se bons níveis de consistência interna para as sete sub-escalas consideradas no estudo: .87 para o *Stress* financeiro, .82 para o *Stress* no trabalho, .81 para o *Stress* social, .78 para o *Stress* parental, .74 para as Condições de alojamento – ferramentas, .59 para o *Stress* relacionado com a saúde e .65 para o *Stress* no tempo. Este estudo será usado para comparação com os dados da nossa amostra uma vez que optamos por utilizar a versão do COR-E deste estudo.

No estudo de Hobfoll e Schroder (2001), os resultados das análises factoriais efectuadas (os autores não referem qual a análise factorial, nem a percentagem de variância) indicaram que os itens se organizavam factorialmente em sete escalas de *stress* diferentes:

1. *Stress* financeiro (9 itens; ex: “rendimento adequado”);
2. *Stress* no trabalho (7 itens; ex: “emprego estável”, “apoio por parte dos colegas de trabalho”);
3. *Stress* social (8 itens; ex: “sentir que tem valor para os outros”, “estabilidade familiar”);
4. *Stress* parental (5 itens; ex: “ajuda com as crianças”);
5. Condições de alojamento – ferramentas (7 itens; ex: “electrodomésticos necessários para a casa”, “alimentação adequada”);

6. *Stress* relacionado com a saúde (4 itens; ex: “saúde da família/amigos íntimos”, “saúde pessoal”); e
7. *Stress* no tempo (3 itens; ex: “tempo livre”).

No presente estudo optou-se pela utilização de algumas categorias encontradas por Hobfoll e Schroder (2001), nomeadamente: *stress* social (itens: 40, 41, 42, 43, 44, 47, 48 e 51), *stress*/condições domésticas (itens: 25, 27, 28, 29, 30, 39, 50), *stress* relacionado com a saúde (itens: 38, 57, 60 e 63), *stress* de tempo (itens: 52, 53, 55) e *stress* financeiro (itens: 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 56 e 62). Não se utilizaram as categorias *stress* parental e *stress* no trabalho devido a características específicas desta amostra (e.g., no grupo de controlo as mulheres não tinham estatuto laboral activo).

Em suma, vários estudos afirmam que o COR-E é uma medida válida e de confiança (Freedy & Hobfoll, 1994; Freedy, Saladin, Kilpatrick, Resnick et al., 1994; Freedy, Shaw, Jarrell, & Masters, 1992; Hobfoll & Lilly, 1993; Hobfoll, Lilly, & Jackson, 1991; Lane & Hobfoll, 1992). Nomeadamente, vários estudos longitudinais efectuados em amostras de grandes dimensões e contextos diferindo no nível de exposição ao *stress* – desde o *stress* relacionado com as actividades ocupacionais, desempenho de vários papéis ou à exposição a acontecimentos como catástrofes naturais (e.g., N=11.944 sujeitos expostos a *stressores* crónicos em Israel; Hobfoll, 1991), amostras de sujeitos expostos ao *stress* pela perda de familiares directos devido à guerra (N=148; Hobfoll, 1991), sujeitos expostos a *stressores* como catástrofe natural (Freedy, Shaw, Jarrell & Beene, 1990; cit. Hobfoll, 1991), validam o instrumento. No entanto, a existência de várias versões do instrumento e de vários formatos de resposta dificultaram uma leitura conclusiva sobre a sua validade. O estudo de Hobfoll e Schroder (2001), adaptado como referência para o nosso trabalho, indica boas características de consistência interna e apoia a validade de construto da versão utilizada.

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

A versão utilizada neste estudo foi traduzida e adaptada por McIntyre e Veiga Costa (2002). Na versão portuguesa a perda de recursos foi medida por 40 itens do Questionário de Conservação de Recursos – Avaliação (COR-E; Hobfoll, 2002). Os itens relativos aos filhos (5 itens: saúde, extras, etc.) foram eliminados pelo facto da maioria das participantes não terem filhos. O COR-E mede até que ponto as mulheres se confrontaram com condições de *stress* que resultaram na perda de recursos, nos últimos

três meses. Foi pedido às participantes para classificarem a perda ou ameaça de perda para cada item numa escala de 3 pontos: 0 = *nenhuma ameaça ou perda*, 1 = *alguma ameaça ou perda*, e 2 = *muita ameaça ou perda*, com uma categoria adicional – “*não se aplica*” – caso o item não fosse ao encontro das circunstâncias de vida das mulheres (por exemplo, emprego, filhos). De acordo com as instruções do autor, a categoria “*não se aplica*” foi cotada como “*nenhuma ameaça ou perda*”, e os scores totais foram computadorizados para obter indicadores para diferentes tipos de ameaça ou perda. Os scores mais elevados indicam maior *stress*.

Os dados obtidos neste estudo, constituem apenas um estudo piloto das características psicométricas numa amostra de mulheres jovens com comportamento sexual de risco, uma vez que o tamanho da amostra não permite a realização de uma validação definitiva. No entanto, os dados aqui apresentados podem constituir-se como referência para a utilização do instrumento para fins de investigação. Note-se que os dados referentes às características psicométricas estudadas dizem respeito ao momento 1 de avaliação (recrutamento inicial – pré-teste) e envolvem toda a amostra (N=200).

Fidelidade

Para determinar a fidelidade do COR-E foram calculados os coeficientes alfa de *Cronbach* (consistência interna) para cada sub-escala, à semelhança do procedimento adoptado pelos autores do COR-E original.

No presente estudo obteve-se ao nível da análise de consistência interna dos 40 itens um valor global de alfa de .90.

Quadro 10

Resultados da análise de consistência interna do COR-E (N=200)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1. Transporte pessoal	.66	.89
2. Roupa adequada	.71	.89
3. Ferramentas/ trabalho	-.52	.91
4. Electrodomésticos/casa	.69	.89
5. Alojamento que satisfaça as minhas necessidades	.74	.89
6. Alimentação adequada	.73	.89

Quadro 10

Resultados da análise de consistência interna do COR-E (N=200) (cont.)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
7. Mobiliário de casa adequado	.69	.89
8. Dinheiro para extras	.72	.89
9. Economias ou dinheiro de emergência	.70	.89
10. Rendimento adequado	.76	.89
11. Bens financeiros (poupanças)	.69	.89
12. Dinheiro para transporte	.79	.89
13. Dinheiro/ promoção pessoal	.68	.89
14. Ajuda financeira, se necessária	.73	.89
15. Saúde - família/amigos íntimos	.55	.89
16. Telefone	.74	.89
17. Sentir que tem valor para os outros	.72	.89
18. Estabilidade familiar	.69	.89
19. Relação próxima com um ou mais membros da família	.69	.89
20. Intimidade com o marido ou companheiro	.66	.89
21. Relação próxima de amizade com pelo menos um amigo	.64	.89
22. Compreensão por parte do meu empregador/patrão	-.44	.91
23. Apoio por parte dos colegas de trabalho	-.52	.91
24. Companhia	.75	.89
25. Afecto por parte dos outros	.78	.89
26. Ajuda com as tarefas no trabalho	-.50	.91
27. Ajuda com as tarefas em casa	.62	.89
28. Lealdade dos amigos	.69	.89

Quadro 10

Resultados da análise de consistência interna do COR-E (N=200) (cont.)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
29. Tempo adequado para dormir	.62	.89
30. Tempo livre	.62	.89
31. Tempo para o trabalho	-.53	.91
32. Tempo com aqueles de que gostámos	.61	.89
33. Crédito financeiro adequado	.69	.89
34. Saúde pessoal	.70	.89
35. Posição no emprego	-.48	.91
36. Emprego estável	-.54	.91
37. Saúde do marido/companheiro	.74	.89
38. Oportunidades de formação na educação ou no trabalho	.61	.89
39. Estabilidade financeira	.78	.89
40. Assistência médica	.75	.89

O estudo de fidelidade da escala do *stress social* (8 itens) revelou um alfa de *Cronbach* de .93. Todos os itens revelam boa correlação com o total da sub-escala *stress social* (o coeficiente de correlação varia de .68 a .78). Uma análise das restantes sub-escalas, apresentadas no Quadro 11, permite verificar que os itens das sub-escalas *stress* na saúde, *stress* no tempo, *stress* nas condições domésticas/ferramentas e o *stress* financeiro, apresentam boas correlações com os totais das respectivas sub-escalas (todos $\geq .20$).

Quadro 11

Resultados das análises de consistência interna das sub-escalas do COR-E (N=200)

Sub-escalas	Itens	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Stress social $\alpha = .93$ (8 itens)	17	.78	.92
	18	.74	.92
	19	.76	.91
	20	.69	.92
	21	.68	.92
	24	.77	.91
	25	.85	.91
	28	.76	.91
S. Saúde $\alpha = .82$ (4 itens)	15	.53	.82
	34	.64	.76
	37	.72	.74
	40	.71	.74
S. Tempo $\alpha = .86$ (3 itens)	29	.70	.83
	30	.74	.79
	32	.75	.78
Condições Domésticas $\alpha = .93$ (9 itens)	1	.67	.93
	2	.69	.92
	4	.80	.91
	5	.80	.92
	6	.76	.91
	7	.78	.91
	16	.82	.92
	27	.70	.92
	38	.63	.92
Stress Financeiro $\alpha = .95$ (9 itens)	8	.82	.94
	9	.77	.94
	10	.86	.94
	11	.77	.94
	12	.86	.94
	13	.76	.94
	14	.77	.94
	33	.81	.94
	39	.83	.94

Os coeficientes de *Cronbach* encontrados nesta amostra para as 5 sub-escalas foram os seguintes: .93 para o *stress* social, .82 para o *stress* na saúde, .86 para o *stress* no tempo, .93 para o *stress* nas condições domésticas/ferramentas e .95 para o *stress*

financeiro. Como referido anteriormente, os cinco itens relativos ao *stress* parental foram eliminados pela quase nula presença de mulheres com filhos e o *stress* no trabalho não será analisado porque o número de sujeitos é muito baixo.

Em suma, atendendo aos resultados obtidos, a versão do COR-E utilizada neste estudo apresenta elevada consistência interna para todas as sub-escalas e para a escala global.

Para se proceder à análise da fidelidade teste-reteste, foram utilizados os dados obtidos no 1º (pré-teste), 2º (pós-teste), 3º (seguimento de 3 meses) e 4º (seguimento de 6 meses) momentos de avaliação, pelo que o número de sujeitos corresponde ao do estudo de intervenção (n=177). Assim, os intervalos de tempo considerados para a fidelidade teste-reteste foram: pré-teste, um mês, quatro meses e sete meses após o pré-teste. Foram efectuadas correlações de *Spearman* entre a avaliação inicial (momento 1) do COR-E, com os momentos 2, 3 e 4 de avaliação.

Quadro 12

Resultados relativos à Fidelidade teste-reteste do COR-E (n=177)

	(1)	(2)	(3)
(1) Pré-teste			
(2) 1 Mês	.604**		
(3) 4 Meses	.483**	.817**	
(4) 7 Meses	.599**	.868**	.771**

** $p \leq .01$

No quadro 12 encontram-se descritos os resultados obtidos na análise da fidelidade teste-reteste. Podemos verificar, que ao longo dos 7 meses, o COR-E apresenta uma boa estabilidade, com as correlações a variar entre os .48 e os .87. Estes dados vão de encontro aos verificados por Hobfoll e Lilly (1993) na versão original.

Validade

Para investigar a validade de construto foram utilizados os mesmos procedimentos de análise factorial do estudo de Hobfoll e Schroder (2001). Os valores obtidos pelo KMO (.968) e pelo TEB (528; $p < .000$) confirmam os critérios psicométricos para a realização da análise factorial.

A análise factorial de componentes principais e indicação prévia dos cinco factores previstos indica que estes explicam 71.77% da variância (Quadro 10). A estrutura factorial de cinco factores corresponde às categorias propostas por Hobfoll e Schroder (2001). No entanto, há alguns itens da escala de *stress* condições domésticas (e.g., itens 1, 2, 27 e 38) que não apresentam cargas factoriais significativas no respectivo factor. Também os itens do factor stress na saúde não possuem cargas factoriais significativas ($p \geq .5$). Assim, fez-se uma nova análise factorial com a indicação prévia de quatro factores (Quadro 13).

Quadro 13

Estrutura Factorial do COR-E (5 factores), versão experimental (N=200)

Factor 1 - <i>Stress</i> Financeiro Eigenvalue: 19.6 Variância explicada (após rotação): 19.6%	Carga Factorial
10. Rendimento adequado	.786
33. Crédito financeiro adequado	.778
8. Dinheiro para extras	.715
9. Economias ou dinheiro de emergência	.706
39. Estabilidade financeira	.665
11. Bens financeiros (poupanças)	.659
13. Dinheiro/ promoção pessoal	.596
12. Dinheiro para transporte	.545
2. Roupa adequada	(.516)
14. Ajuda financeira, se necessária	.451
Factor 2 – <i>Stress</i> Condições domésticas Eigenvalue: 1.3 Variância explicada (após rotação): 18.1%	
7. Mobiliário de casa adequado	.781
4. Electrodomésticos/casa	.677
5. Alojamento que satisfaça as minhas necessidades	.672
16. Telefone	.630
40. Assistência médica	(.574)
6. Alimentação adequada	.573

Quadro 13

Estrutura Factorial do COR-E (5 factores), versão experimental (N=200) (cont.)

14. Ajuda financeira, se necessária	(.558)
21. Relação próxima de amizade com pelo menos um amigo	(.555)
37. Saúde do marido/companheiro	(.482)
27. Ajuda com as tarefas em casa	.391
2. Roupa adequada	.360
1. Transporte pessoal	.276
38. Oportunidades de formação na educação ou no trabalho	.274
Factor 3 – Stress Social Eigenvalue: 1.08 Variância explicada (após rotação): 16.74%	
15. Saúde - família/amigos íntimos	(.695)
18. Estabilidade familiar	.653
19. Relação próxima com um ou mais membros da família	.615
28. Lealdade dos amigos	.593
20. Intimidade com o marido ou companheiro	.576
34. Saúde pessoal	(.573)
24. Companhia	.562
25. Afecto por parte dos outros	.523
17. Sentir que tem valor para os outros	.512
21. Relação próxima de amizade com pelo menos um amigo	.442
Factor 4 – Stress Tempo Eigenvalue: .94 Variância explicada (após rotação): 10.78%	
30. Tempo livre	.790
32. Tempo com aqueles de que gostámos	.740
29. Tempo adequado para dormir	.695

Quadro 13**Estrutura Factorial do COR-E (5 factores), versão experimental (N=200) (cont.)**

Factor 5 – <i>Stress</i> na Saúde Eigenvalue: .796 Variância explicada (após rotação): 6,55%	
40. Assistência médica	.229
15. Saúde - família/amigos íntimos	.291
37. Saúde do marido/companheiro	.198
34. Saúde pessoal	.111
Variância total explicada após rotação: 71.77%	

Os resultados da nova análise factorial com indicação prévia de quatro factores revelam que as sub-escalas da versão original de Hobfoll (2002) se organizam em quatro factores, sendo que todos os itens da sub-escala de stress na saúde apresentam cargas factoriais inferiores a .50, não representando um factor particular.

A solução factorial de 4 factores explica 69.36% da variância (Quadro 14) e parece ser mais adequada, tendo-se optado pela eliminação da sub-escala de *stress* na saúde. De facto, os itens desta sub-escala enquadram-se nas sub-escalas de condições domésticas e *stress* social.

À semelhança dos autores originais que utilizam também a totalidade dos itens do COR-E como indicador da perda global de recursos, testamos também a solução de um factor. A solução de um factor explica 59.24% da variância com valor próprio de 19.55, variando as cargas factoriais dos itens entre .61 e .89, o que confirma a utilização do score global.

Quadro 14**Estrutura Factorial do COR-E (4 factores), versão experimental (N=200)**

Factor 1 - <i>Stress</i> Financeiro Eigenvalue: 19.55 Variância explicada (após rotação): 20.33%	Carga Factorial
10. Rendimento adequado	.792
33. Crédito financeiro adequado	.786
8. Dinheiro para extras	.721
9. Economias ou dinheiro de emergência	.710

Quadro 14

Estrutura Factorial do COR-E (4 factores), versão experimental (N=200) (cont.)

39. Estabilidade financeira	.672
11. Bens financeiros (poupanças)	.662
13. Dinheiro/ promoção pessoal	.606
12. Dinheiro para transporte	.555
2. Roupas adequadas	(.524)
14. Ajuda financeira, se necessária	.462
Factor 2 – Stress Condições domésticas Eigenvalue: 1.32 Variância explicada (após rotação): 19.60%	
7. Mobiliário de casa adequado	.782
4. Electrodomésticos/casa	.739
5. Alojamento que satisfaça as minhas necessidades	.711
16. Telefone	.640
6. Alimentação adequada	.591
40. Assistência médica	(.591)
14. Ajuda financeira, se necessária	(.584)
27. Ajuda com as tarefas em casa	.522
37. Saúde do marido/companheiro	(.491)
21. Relação próxima de amizade com pelo menos um amigo	(.454)
38. Oportunidades de formação na educação ou no trabalho	.411
2. Roupas adequadas	.380
1. Transporte pessoal	.382

Quadro 14

Estrutura Factorial do COR-E (4 factores), versão experimental (N=200) (cont.)

Factor 3 – Stress Social Eigenvalue: 1.08 Variância explicada (após rotação): 18%	
15. Saúde - família/amigos íntimos	(.735)
18. Estabilidade familiar	.685
19. Relação próxima com um ou mais membros da família	.634
20. Intimidade com o marido ou companheiro	.574
34. Saúde pessoal	(.566)
28. Lealdade dos amigos	.543
24. Companhia	.543
17. Sentir que tem valor para os outros	.521
25. Afecto por parte dos outros	.509
21. Relação próxima de amizade com pelo menos um amigo	.368
Factor 4 – Stress Tempo Eigenvalue: .94 Variância explicada (após rotação): 11.43%	
30. Tempo livre	.797
32. Tempo com aqueles de que gostámos	.745
29. Tempo adequado para dormir	.697
Variância total explicada após rotação: 69.36%	

A validade de construto foi ainda avaliada pelas correlações entre as dimensões do COR-E, encontrando-se estas descritas no quadro 15.

Quadro 15

Coefficientes de correlação de *Spearman* entre as sub-escalas do COR-E (N=200)

Sub-escalas	1	2	3	4
(1) Stress Financeiro				
(2) Stress Social	.880**			
(3) Stress Doméstico	.819**	.831**		
(4) Stress Tempo	.676**	.721**	.679**	
Total COR-E	.880**	.908**	.883**	.767**

** p< .01

Ao nível das correlações obtidas entre as diferentes sub-escalas verifica-se que estas possuem coeficientes de correlação elevados que variam entre os .67 e os .90.

A validade convergente foi examinada através do estudo de correlações com escalas que avaliam construtos afins, isto é, a depressão, a perturbação de *stress* pós-traumático (PTSD). A correlação do total do COR-E com resultados na variável “sintomatologia depressiva” (Quadro16) ($r=.391$; $p<.01$), sugere índices moderados, assim como a correlação com a variável de “sintomatologia de PTSD” ($r=.339$; $p<.05$), indicando que quanto maior a perda de recursos maior a depressão e a sintomatologia de PTSD. Verifica-se assim, a associação esperada entre estas variáveis, o que apoia a validade convergente do COR-E.

As correlações positivas elevadas entre as várias sub-escalas indicam que todas as dimensões avaliam a perda de recursos pelo que podemos considerar o COR-E como uma medida geral de perda de recursos ou *stress*, ou segundo conceptualiza Hobfoll, um indicador geral de stresse.

Quadro 16

Coeficientes de Correlação de *Spearman* do COR-E com o CES-D e PSS-SR, (N=200)

	1	2
(1) CES-D Total		
(2) PSS-SR Total	.515**	
(3) COR-E total	.391**	.339*

* $p < .05$

** $p < .01$

Em conclusão, as análises de consistência interna e as correlações entre as sub-escalas do COR-E, produziram resultados semelhantes aos da versão americana utilizada, o que é promissor em termos da sua utilização para efeitos de investigação.

Em suma, os dados psicométricos apresentados neste estudo, embora preliminares, indicam boa consistência interna da escala total e subescalas, e boa validade de construto. Estes dados representam uma boa fonte de referência para estudos posteriores a realizar com o COR-E no âmbito da promoção da saúde psicosssexual feminina.

4.6.4 Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (C.E.S.-D.)

Versão Original

A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*: CES-D) é uma escala breve estruturada, de auto-relato que foi desenvolvida por Radloff (1977) para medir a sintomatologia depressiva na população em geral. Mais concretamente, esta escala foi desenvolvida para ser utilizada em estudos sobre a epidemiologia da sintomatologia depressiva na população em geral, permitindo medir o nível actual de sintomatologia depressiva, colocando ênfase na componente afectiva, ou seja, no humor deprimido (Radloff, 1977). Os primeiros estudos com o CES-D foram realizados nos EUA, na década de 70, em amostras representativas da população geral e em amostras de doentes psiquiátricos. A CES-D foi amplamente divulgada e utilizada desde a sua publicação em 1977, em versões aferidas (e.g., versão francesa, Fuhrer & Rouillon, 1989). Destaca-se de instrumentos análogos por propor objectivos diferentes da fundamentação de

diagnóstico e/ou avaliação da severidade da doença em população clínica. Ao nível da fundamentação teórica, a CES-D é uma escala sintomática que não se reporta a nenhuma teoria específica da depressão, embora tenda a remeter para uma perspectiva dimensional das perturbações depressivas, ou seja, para a ideia duma variação contínua entre o funcionamento normal e as formas de depressão mais graves (Gonçalves & Fagulha, 2003).

No seu conjunto, os 20 itens da escala reportam-se a humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações de sono, sinalizadores da sintomatologia depressiva significativamente referidos na literatura clínica e determinados em análises de estrutura factorial em diversos estudos. Como se sabe, apesar de serem sintomas habitualmente presentes em situações de diagnóstico clínico de depressão, podem também registar-se noutras patologias ou mesmo em quadros “normais”.

No desenvolvimento da CES-D, os itens foram seleccionados a partir de um conjunto de itens de escalas de depressão previamente validadas (e.g., Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; cit. in Radloff, 1977). As componentes principais da sintomatologia depressiva foram identificadas a partir da literatura clínica e estudos de análise factorial. De acordo com o estudo original, estas componentes incluíam: o humor deprimido, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desesperança, lentificação psicomotora, perda de apetite e distúrbios de sono, sendo que apenas alguns itens foram seleccionados para representar cada componente. Adicionalmente, Radloff (1977) refere que quatro itens foram considerados numa direcção positiva com o objectivo de quebrar tendências para um conjunto de respostas e para avaliar o afecto positivo ou a sua ausência. De modo a enfatizar o estado actual, as instruções do questionário são as seguintes: “Com que frequência é que se sentiu assim durante a última semana?”. Cada resposta é classificada de 0 (raramente ou nenhum tempo) a 3 (sempre ou a maior parte do tempo) numa escala de frequência de ocorrência do sintoma (e.g., raramente ou nenhum tempo – menos de 1 dia; sempre ou a maior parte do tempo – 5 a 7 dias). A classificação de resposta aos 20 itens da CES-D pode variar do 0 a 60 pontos, sendo que os valores mais elevados indicam mais sintomas de depressão.

Quanto às características psicométricas, e no que se refere à validade de construto da CES-D, o estudo da escala original indica que a análise factorial de componentes principais dos 20 itens da escala foi realizada para os três grupos (amostras de Kansas City, Washington County e pacientes psiquiátricos) em estudo da população em geral, sendo que para cada grupo foram encontrados quatro *eigenvalues* acima de um, que no seu todo explicavam 48% da variância total. Por esta razão, foi examinada a rotação *varimax* para os quatro factores, verificando-se que o padrão de saturação era consistente nos três grupos em estudo, o que incluía itens que saturavam acima de .40 em todos os grupos. Os quatro factores interpretados são:

I. Afecto depressivo (tristeza, depressão, solidão, chorar);

II. Afecto Positivo (bom, esperança, feliz, prazer);

III. Sintomas Somáticos e actividade lentificada (incomodada/perturbada, apetite, esforço, sono, energia);

IV. Interpessoal (antipáticos, não gostar).

De notar que nos três grupos do estudo de validação da CES-D, o factor de afecto depressivo partilhava a maior proporção de variância (cerca de 16%) e o factor interpessoal a menor proporção (cerca de 8%).

Relativamente à estrutura factorial, Radloff (1977) conclui que os quatro factores encontrados na população em geral são consistentes com as componentes da depressão inseridas na escala. Não obstante, considera que a elevada consistência interna da escala encontrada em todos os grupos pode ser um argumento contra a ênfase nos factores separados. De notar que os itens são todos sintomas relacionados com a depressão o que pode explicar esta situação. A autora recomenda que para a investigação epidemiológica é possível uma classificação total enquanto estimativa do grau de sintomatologia depressiva. Em termos de critérios clínicos, o estudo original considera um ponto de corte de 16 para discriminar a população psiquiátrica da população em geral.

No que concerne à fidelidade, a escala obteve elevada consistência interna e adequada fidelidade no teste-reteste no estudo de validação (Radloff, 1977). Mais especificamente, as correlações inter-itens e item-escala foram mais elevadas na amostra de pacientes do que nas amostras da população em geral. As medidas de consistência interna indicam um elevado alfa para a população em geral (.85) e ainda

mais elevado na amostra clínica de pacientes (.90). No estudo de Hobfoll e col. (1994) o valor de consistência interna encontrado foi de .80.

Os estudos de fidelidade teste-reteste demonstram que as correlações se encontravam num nível moderado (entre os .45 e os .70) e eram, em média, maiores para os pequenos intervalos de tempo (de 3 a 12 meses). No grupo de pacientes clínicos, a correlação dos resultados da CES-D na altura de admissão com os resultados obtidos após quatro semanas de tratamento foi de .53.

A validade foi estabelecida por padrões de correlação com outras medidas de auto-relato (e.g., SCL-90; .83), por correlações com classificações clínicas de depressão e por relações com outras variáveis que apoiam a validade de construto. No estudo de Radloff (1977), em todas as amostras o padrão de correlações da CES-D com as outras escalas (e.g., medidas de sintomas de depressão – Lubin, Bradburn *Negative Affect*; Bradburn *Positive Affect Scale*; SCL-90, *Marlow-Crowne scale of social desirability*) proporciona evidência para a validade convergente e de construto.

Em suma, a fidelidade e a validade de construto foram semelhantes numa variedade de características demográficas nas amostras da população em geral testadas. Radloff (1977) conclui que a escala é um instrumento útil para estudos epidemiológicos da depressão.

Versão Portuguesa

Entre 2000 e 2001, foram realizados três estudos com a versão portuguesa de Gonçalves e Fagulha, visando avaliar a consistência interna e características dos itens (Estudo A - amostra de estudantes universitários), correlação com o Inventário de Beck e adequação para a população geral (Estudos B e C - amostra de utentes pertencentes a um Centro de Saúde e amostra da população geral com idades compreendidas entre os 35 e os 65 anos), adoptando-se algumas diferenças metodológicas (e.g. aplicação colectiva, entrevista individual escrita versus oral).

Comparando-se com os estudos iniciais de Radloff (1977), os resultados obtidos nos três estudos referentes à consistência interna são favoravelmente superiores ao situar-se em .92, .89 e .87, cumprindo-se ainda a estrutura factorial proposta pelo autor, ou seja, em relação à validade de construto a análise de componentes principais permitiu “encontrar uma estrutura muito semelhante à observada nos estudos com a versão original” (Gonçalves & Fagulha, 2003, p.38): 4 factores (afecto depressivo, afecto positivo, sintomas somáticos e perturbação da actividade, e interpessoal). Destaca-se a

possibilidade de se obter um único factor de segunda ordem, através da análise factorial confirmatória, dada a elevada correlação entre os quatro factores obtidos. Em ambos os casos, estrutura de quatro ou de um factor, os autores não referem qual a percentagem de variância explicada.

A avaliação da validade convergente relativa a critérios externos, por exemplo, mostrou que a correlação entre a CES-D e o Inventário de Beck foi de .75, e a correlação entre a pontuação da CES-D e o diagnóstico segundo o critério do DSM-IV (considerado como variável ordinal) foi de .71.

Os procedimentos de aplicação e correcção da versão portuguesa são idênticos à versão original, sendo que a aplicação pode ser feita por questionário escrito ou em entrevista oral, e neste último caso, é entregue ao sujeito um cartão com as opções de resposta. A resposta também pode ser dada numa escala de 4 pontos correspondentes à frequência de cada sintoma durante a última semana (desde “nunca, muito raramente” a “com muita frequência, sempre”). As respostas seguem o mesmo processo de cotação da versão original, ou seja, são cotadas de 0 a 3, tendo 4 itens uma cotação inversa. O resultado final é igual à soma das cotações dos itens (Gonçalves & Fagulha, 2003).

Na validação para a população portuguesa, considerou-se que a escala avalia uma única dimensão (Gonçalves & Fagulha, 2003), sendo que quanto mais elevado for o resultado, maior é a intensidade da sintomatologia depressiva manifestada pelo sujeito. Não obstante, os autores referem que para fins de investigação pode ser interessante analisar os resultados por factores.

O ponto de corte sugerido para a versão portuguesa do CES-D é de 20 (Gonçalves & Fagulha, 2003). Contudo, os autores consideram que a CES-D não deve ser utilizada isoladamente para fins de diagnóstico.

Em termos de avaliação crítica, a CES-D é uma escala de aplicação particularmente simples e rápida, sendo a redacção dos itens e a forma de resposta muito mais acessível do que a de outras escalas análogas (e.g., Inventário de Beck). Estas características fazem com que a escala seja adequada para a utilização com populações de nível de instrução baixo e facilitam a aplicação sob forma oral (Gonçalves & Fagulha, 2003).

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para este estudo foi feita uma adaptação portuguesa de acordo com o instrumento original uma vez que na fase de recolha dos dados a versão portuguesa não tinha sido publicada.

No presente estudo, a versão usada é constituída por 20 itens com 4 opções de resposta a nível de pontuação (escala tipo *likert*, definindo-se a frequência de cada sintoma durante a última semana desde 0=“raramente ou nenhum tempo” a 3=“sempre ou a maior parte do tempo”), obtendo-se o resultado final a partir da soma das cotações dos itens, tal como efectuado no estudo original (Radloff, 1977) e na versão portuguesa adaptada (Gonçalves e Fagulha, 2003). Recodificam-se os seguintes 4 itens que se encontram invertidos: itens 72, 76, 81 e 84. Itens como: “Fiquei incomodada com coisas que normalmente não me aborrecem”, “Senti-me só” ou “ Não tinha energia” exemplificam as questões estruturadas de resposta fechada (cf., Instrumento 4).

Na amostra usada (N= 200), o valor da média situa-se a 17.82 e DP=10.98 sugerindo um valor de sintomatologia depressiva variando entre a ausência e a severidade, considerando o valor do desvio-padrão. Comparativamente ao estudo de validação da versão para a população portuguesa (Gonçalves & Fagulha, 2003) verifica-se que no estudo A (N=204 numa população universitária; 83.3% eram mulheres) a média foi de 13.3 e o desvio padrão de 9.9, o que indica que o presente estudo obteve valores mais elevados de sintomatologia depressiva do que o estudo A (M=17.8; DP=10.98). Em algumas participantes, tendo-se verificado uma pontuação total superior ao ponto de corte (16), procedeu-se à sua referência para consulta de Psicologia Clínica e da Saúde do IPJ.

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna foi calculado o alfa de *Cronbach*, separadamente para as dimensões de afecto depressivo, afecto positivo, sintomas somáticos e interpessoal, tal como efectuado pelos autores do estudo original. Também se procedeu ao cálculo do alfa de *Cronbach* para o total da escala. Nos quadros 17 e 18 são apresentados, respectivamente, os coeficientes de consistência interna de *Cronbach* do CES-D, para o CES-D total e sub-escalas.

Quadro 17

Resultados da análise de consistência interna do CES-D – Total (N=200)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Item 1	.40	.89
Item 2	.42	.89
Item 3	.71	.88
Item 4	.30	.90
Item 5	.46	.89
Item 6	.73	.88
Item 7	.45	.89
Item 8	.32	.90
Item 9	.61	.89
Item 10	.57	.89
Item 11	.40	.89
Item 12	.49	.89
Item 13	.64	.90
Item 14	.62	.90
Item 15	.11	.90
Item 16	.57	.89
Item 17	.65	.89
Item 18	.78	.88
Item 19	.62	.89
Item 20	.52	.89

O coeficiente alfa de *Cronbach* encontrado para o CES-D total foi de .90, sugerindo uma elevada consistência interna nesta amostra. Os coeficientes de consistência interna de *Cronbach* do CES-D (por sub-escala e total) obtidos neste estudo são elevados e semelhantes aos obtidos noutros estudos (Radloff, 1977; Hobfoll et al., 1994; Gonçalves & Fagulha, 2002), revelando uma elevada consistência interna desta escala na amostra em estudo. O item 15 apresenta correlação baixa com o total da escala mas foi mantido devido a funcionar bem nas subescala respectiva (Interpessoal) e a sua eliminação não afecta o alfa global da escala.

Quadro 18

Resultados da análise de consistência interna das sub-escalas do CES-D (N=200)

Itens: Afecto Depressivo Alfa de <i>Cronbach</i> = .87	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Item 3	.73	.85
Item 6	.70	.86
Item 9	.57	.87
Item 14	.61	.87
Item 17	.71	.85
Item 18	.78	.84
Itens: Afecto Positivo Alfa de <i>Cronbach</i> = .72		
Item 4	.47	.69
Item 8	.44	.71
Item 13	.57	.64
Item 16	.59	.63
Itens: Sintomas Somáticos Alfa de <i>Cronbach</i> = .76		
Item 1	.41	.74
Item 2	.46	.73
Item 5	.50	.72
Item 7	.47	.73
Item 10	.47	.73
Item 11	.40	.75
Item 12	.42	.74
Item 20	.52	.72

Quadro 18

Resultados da análise de consistência interna das sub-escalas do CES-D (N=200) (cont.)

Itens: Interpessoal Alfa de <i>Cronbach</i> = .58		
Item 15	.40	.
Item 19	.40	.

As correlações dos itens com as respectivas sub-escalas foram todas iguais ou superiores a .40 (Quadro 18). Assim, três das quatro sub-escalas do CES-D apresentam coeficientes de consistência interna adequados (.87, .72, .76), sendo o alfa da sub-escala interpessoal aceitável dado o pequeno número de itens.

Quadro 19

Média e desvio padrão das sub-escalas do CES-D e CES-D Total (N=200)

Sub-escalas de CES-D	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Afecto Depressivo (6 itens)	4.86	4.54	.00	18
Afecto Positivo (4 itens)	4.35	2.97	.00	12
Sintomas Somáticos (8 itens)	7.77	4.73	.00	24
Interpessoal (2 itens)	.85	1.23	.00	6
CES-D Total	17.82	10.98	2	56

Validade

A validade de construto foi estudada, conforme o estudo original, recorrendo à análise factorial de componentes principais, seguida de rotação *varimax*. Após a extracção e rotação, quatro factores emergem da análise do CES-D total, explicando 56.23% da variância dos resultados. Em comparação com o estudo original de Radloff (1977) verifica-se que a percentagem de variância explicada é maior, uma vez que o estudo da escala original indica 48% da variância explicada por quatro factores.

Os quatro factores encontrados no nosso estudo são os seguintes:

1. Afecto Depressivo é representado pelos itens: 71, 74, 77, 82, 85 e 86 (tristeza, depressão, solidão, chorar);
2. O factor Afecto Positivo é representado pelos itens: 72, 76, 81 e 84 (bom, esperança, feliz, prazer);
3. O factor Sintomas Somáticos é representado pelos itens: 69, 70, 73, 75, 78, 79, 80 e 88 (incomodada/perturbada, apetite, esforço, sono, energia)
4. O factor Interpessoal é representado pelos itens: 83 e 87 (antipáticos, não gostar).

Neste estudo foram também analisadas as correlações entre as sub-escalas do CES-D, e entre estas e o CES-D total, encontrando-se os resultados descritos no quadro 17. As correlações observadas entre as sub-escalas e o total do CES-D variam, sendo que uma é moderada ($r=.50$ para a sub-escala interpessoal) e as restantes são elevadas ($r=.92$ para a sub-escala afecto depressivo, $r=.70$ para a sub-escala afecto positivo e $r=.87$ para a sub-escala sintomas somáticos). Os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as quatro sub-escalas, apesar de serem mais baixos do que com o CES-D Total, revelam que estas se correlacionam positiva e significativamente entre si (e.g., $r=.55$; $p<.01$ entre o afecto depressivo e o afecto positivo), indicando uma associação moderada entre as sub-escalas, demonstrando portanto alguma especificidade de cada uma destas.

Quadro 20

Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as sub-escalas do CES-D (N=200)

	CES-D Total	Afecto Depressivo	Afecto Positivo	Sintomas Somáticos	Interpessoal
Afecto Depressivo	.922**				
Afecto Positivo	.703**	.554**			
Sintomas Somáticos	.866**	.721**	.392**		
Interpessoal	.497**	.436**	.314**	.279**	

** $p<.01$

Para estudar a validade convergente realizaram-se correlações de *Pearson* com escalas que avaliam construtos afins como o COR-E, Auto-estima, Auto-eficácia e PSS-SR (últimas duas semanas e pior período), encontrando-se os resultados descritos no quadro 21.

Quadro 21
Coefficientes de correlação de *Pearson* (N=200)

	CES-D
COR-E	-.383 **
Auto-estima	-.571**
Auto-eficácia	-.439**
PSS-SR (2 semanas)	.415**
PSS-SR (PPSE-pior período)	.518**

** p< .01

As correlações encontradas são no sentido esperado. Verifica-se uma correlação negativa entre a sintomatologia depressiva avaliada pelo CES-D e as variáveis perda de recursos (COR-E), auto-estima e auto-eficácia, e uma correlação positiva entre a sintomatologia depressiva e os resultados da sintomatologia actual de stress pós-traumático (PSS-SR, 2 semanas) e a sintomatologia de stress pós-traumático referente ao pior momento experienciado (PSS-SR, PPSE - pior período).

Para concluir, o objectivo do nosso estudo não é a validação da escala mas verificar as características psicométricas na amostra em estudo e comparar com os dados originais e versão portuguesa. O instrumento parece apresentar boas características psicométricas nesta amostra em termos de fidelidade e validade.

4.6.5 Escala de Auto-Eficácia Geral (*General Self-Efficacy Scale* - GSES)

Versão Original

A *General Self-Efficacy Scale* (GSES) de Schwarzer e Jerusalem (2000) tem por objectivo avaliar a percepção de competência pessoal para lidar eficazmente com uma variedade de situações stressantes, isto é, a crença global e estável de se ser capaz de controlar os desafios ambientais, sendo agente. A auto-eficácia é habitualmente entendida como estando adjacente a vários domínios específicos, isto é, podemos ter crenças distintas em situações particulares ou contextos concretos de funcionamento. No entanto, alguns investigadores conceptualizaram *um sentido geral de auto-eficácia*, correspondente à auto-confiança global nas capacidades de *coping*, através de várias situações e desafios. Assim, a auto-eficácia geral refere-se a um sentido estável de competência pessoal, para lidar de modo efectivo com uma variedade de situações

stressantes (Schwarzer & Scholz, 2000) e a escala desenvolvida pretende avaliar este construto.

Postula-se que um elevado sentido de eficácia pessoal está relacionado com melhor saúde e maior integração social (Bandura, 1997; Schwarzer, 1992), daí a importância de medir a auto-eficácia no presente estudo.

O início do desenvolvimento da GSES data da versão alemã que foi originalmente desenvolvida por Mathias Jerusalem e Ralf Schwarzer em 1981. Esta versão original do instrumento consistia num questionário com 20 itens, tendo sido mais tarde reduzida para uma versão reformulada de 10 itens (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Actualmente, a escala está adaptada para 26 línguas, através da tradução bilingue baseada nas versões alemã e inglesa do instrumento, encontrando-se em curso estudos que comparam as propriedades psicométricas de 13 versões (e.g., alemã, inglesa, holandesa, espanhola, russa, grega, árabe, húngara, polaca, chinesa, indonésia, japonesa e coreana; Schwarzer & Born, 1997; Schwarzer, BaBler, Kwiatek, Schroder, & Zang, 1997; Schwarzer, Born, Iwawaki, Lee, Saito, & Yue, 1997; Schwarzer, Muller & Greenglass, 1999; Zhang & Schwarzer, 1995).

A GSES é uma escala que pode ser auto-administrada e demora cerca de 5 minutos a ser preenchida. O modo de resposta dos 10 itens da escala varia de 1 (baixo) a 4 (elevado), numa escala *Likert* de 4 pontos. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta, devendo a pessoa escolher a afirmação que descreve a sua percepção de auto-eficácia e o total da escala resulta da soma dos valores de todos os itens. As seguintes afirmações exemplificam alguns itens da escala: “Acredito que posso lidar eficazmente com acontecimentos imprevisíveis”, “Consigo sempre resolver problemas difíceis se tentar” ou “Posso permanecer tranquila perante dificuldades porque confio nas minhas capacidades”. Os valores mais altos indicam níveis elevados de auto-eficácia geral.

No que concerne à fidelidade, os coeficientes encontrados na escala revelam uma elevada consistência interna (Schwarzer & Scholz, 2000). Nos vários estudos longitudinais referidos pelos autores, os valores de consistência interna variaram entre alfas de .75 e .91, obtendo uma fidelidade teste-reteste, no período de um ano, entre .55 e .75., reportando igualmente a validade de construto em diferentes culturas (Schwarzer & Scholz, 2000). Outro estudo (Schwarzer, BaBler, Kwiatek, Schroder, & Zang, 1997) comparou as propriedades psicométricas das versões inglesa, espanhola e chinesa da Escala de Auto-Eficácia Geral, atendendo à equivalência entre línguas do instrumento.

A consistência interna de *Cronbach* foi mais satisfatória na amostra chinesa (.91), obtendo também bons resultados na amostra alemã (.84) e espanhola (.81), tendo em conta que existiam apenas dez itens.

Diversos estudos realizados por Schwarzer e Scholz (2000) de fidelidade teste-reteste demonstraram uma elevada fidelidade para diversos intervalos de tempo. Numa amostra de 246 pacientes submetidos a cirurgia cardíaca que preencheram a escala antes da cirurgia e após meio ano de recuperação, a fidelidade teste-reteste foi de $r=.67$. Numa amostra de 140 professores na Alemanha, foi encontrado um coeficiente de fidelidade de $r=.75$ após um ano. Noutro estudo, 2.846 estudantes da Alemanha preencheram a escala em duas ocasiões distintas (seguimento de um ano), tendo-se obtido uma fidelidade teste-reteste de $r=.55$. Por fim, no seguimento de dois anos foram encontrados coeficientes de $r=.47$ numa população de homens e $r=.63$ nas respectivas mulheres. Podemos concluir que os resultados destes estudos demonstram uma boa estabilidade teste-reteste durante diferentes períodos de tempo, indicando estabilidade do construto.

No que se refere à validade de construto do GSES, trata-se de uma escala *unidimensional* (Schwarzer et al., 1997). Por exemplo, um estudo de Schwarzer e Scholz (2000) examinou as propriedades psicométricas da Escala de Auto-Eficácia Geral, traduzida em 19 línguas. O objectivo essencial foi o de compreender se a escala era homogénea e de confiança em todas as amostras. Para tal definiram a consistência interna, a unidimensionalidade, e a correlação entre itens. A amostra consistiu em 17.553 pessoas (6.678 homens, 8.613 mulheres e alguns participantes que não referiram o género), de 22 países diferentes (44% das mulheres e 48% dos homens tinha entre 15 e 20 anos). A análise de componentes principais destes dados confirmou a unidimensionalidade da escala, tal como os resultados de outras 13 amostras de um estudo em que Schwarzer e Born (1997) também relatam apenas um factor. Num estudo com amostras de 22 países ($N=17.553$) e noutro efectuado com três versões em línguas diferentes ($N=1.682$) concluiu-se também pela unidimensionalidade da escala (Schwarzer et al., 1997). A análise de componentes principais mostrou a existência de apenas um factor geral extraído que explicava 41% da variância total na amostra alemã, enquanto que na amostra espanhola um factor explicou 39% da variância. Na amostra chinesa, o único factor explicava 55% da variância.

Em termos de validade convergente na amostra alemã a auto-eficácia encontra-se negativamente correlacionada com a depressão ($r = -.52$), com a ansiedade ($r = -.60$) e positivamente com o optimismo ($r = .55$). Na amostra de Costa Rica também estava

associada com as mesmas variáveis ($r = -.42$, $r = -.43$, e $r = .57$) (Schwarzer, BaBler, Kwiatek, Schroder, & Zang, 1997). Este padrão de correlações indica validade discriminante (*discriminant validity*) já que a depressão e a ansiedade enquanto traços emocionais negativos devem estar negativamente associadas com a auto-eficácia. Estes resultados além de indicarem validade discriminante, corroboram a teoria da auto-eficácia de Bandura. Deste modo, os indivíduos que confiam nas suas competências para lidar com acontecimentos negativos tendem a estar menos deprimidos e ansiosos. O construto de optimismo disposicional está relacionado com o construto de auto-eficácia geral, embora não esteja cingido à noção de recursos pessoais de acção, o que faz com que a correlação seja de moderada a elevada.

A auto-eficácia é habitualmente entendida como estando adjacente a vários domínios específicos, isto é, podemos ter crenças distintas em situações particulares ou contextos concretos de funcionamento. Desta forma, o inventário não pode ser considerado como um substituto de avaliação de domínios específicos da auto-eficácia, sendo necessário administrar outras escalas que explorem áreas diversas do funcionamento para além da auto-eficácia geral. Por esta razão, no presente estudo avaliamos também uma dimensão específica da auto-eficácia (a auto-eficácia na negociação do preservativo), considerando a componente relacional da actividade sexual.

Em suma, as características psicométricas da escala de auto-eficácia demonstram resultados satisfatórios. O construto parece ser universal, uma vez que foram encontrados resultados similares em diversas culturas. Deste modo, parece ser recomendada a utilização do instrumento para estudos nesta área.

As características psicométricas do instrumento são posteriormente referidas em pormenor.

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Tivemos conhecimento da existência de uma tradução portuguesa da escala de Renato Nunes (1999), embora pelo contacto com os autores da escala (Schwarzer, 2002) tenhamos apurado que não existiria uma validação portuguesa da mesma aprovada pelos autores. Assim, foi dada autorização para a validação da mesma neste estudo.

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas da Escala de Auto-Eficácia Geral (GSES) nesta amostra foi utilizada uma versão experimental portuguesa de McIntyre e Veiga Costa (2002). Esta versão é constituída pelos 10 itens da escala

original (cf., Instrumento 6). Reformulou - se o método de cotação de uma escala de quatro pontos para uma escala de sete pontos, onde a cotação varia de 1 (Falso) a 7 (Verdadeiro), de acordo com a versão utilizada por Hobfoll no *Womens's Health Study Questionnaire*. As características psicométricas da GSES, na versão portuguesa utilizada, foram determinadas por uma avaliação da fidelidade e validade semelhante à escala original. Neste estudo foram utilizados os dados obtidos no 1º momento de avaliação (pré-teste, antes da intervenção preventiva), para se proceder à análise das propriedades psicométricas do GSES (N=200).

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o alfa de *Cronbach*, para o total da escala, tal como efectuado pelos autores da escala original. No quadro 22 é apresentado o coeficiente de consistência interna de *Cronbach* do GSES para o total da escala (GSES – Total).

Quadro 22

Resultados da análise de consistência interna do GSES – Total (N=200)

Itens	Correlação do item com total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Item 1	.57	.82
Item 2	.42	.83
Item 3	.42	.84
Item 4	.58	.82
Item 5	.65	.81
Item 6	.49	.83
Item 7	.48	.83
Item 8	.55	.82
Item 9	.67	.81
Item 10	.60	.82
Total da Escala (10 itens)		.84

A análise das correlações para o GSES – Total revela que todos os itens apresentam correlações acima de .42 com o total da escala, variando dos .42 aos .67. O coeficiente de fidelidade para o GSES – Total é de .84, revelando uma elevada consistência interna desta escala. Este valor é elevado e semelhante ao encontrado

noutros estudos (Schwarzer & Scholz, 2000; Schwarzer, BaBler, Kwiatek, Schroder, & Zang, 1997: variaram entre alfa de .75 e .91) e é equivalente ao alfa encontrado na amostra alemã de .84).

Validade

A validade de construto foi estudada recorrendo à análise factorial exploratória com a extracção de um factor com *eigenvalue* superior a 1 (Quadro 23).

Quadro 23

Estrutura Factorial da *General Self-Efficacy Scale* (GSES), versão experimental (N=200)

Factor 1 – Auto-eficácia Geral Eigenvalue: 4.3 Variância explicada: 42.9%	Carga Factorial
Itens	
1. Consigo sempre resolver problemas difíceis se tentar.	.699
2. Se alguém se opuser, posso encontrar os meios e formas de conseguir o que quero.	.539
3. É difícil permanecer com os meus objectivos e alcançar as metas.	.475
4. Acredito que posso lidar eficazmente com acontecimentos imprevisíveis.	.722
5. Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevisíveis.	.787
6. Posso resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário.	.617
7. Posso permanecer tranquila perante dificuldades porque confio nas minhas capacidades.	.613
8. Quando sou confrontada com um problema, muitas vezes NÃO consigo encontrar uma solução.	.599
9. Se estiver com um problema, geralmente consigo pensar numa solução.	.775
10. Muitas vezes NÃO consigo lidar com os problemas que surgem.	.657

A análise factorial confirmou a unidimensionalidade da escala, tendo-se mantido todos os itens uma vez que as saturações são superiores a .48 (variam entre .475 a .787). Os resultados desta análise revelam que os 10 itens da versão original se organizam num factor de acordo com o modelo original de Schwarzer e Jerusalem (1995) e com o estudo de Schwarzer, BaBler, Kwiatek, Schroder, e Zang (1997).

Para investigar a validade convergente, neste estudo, foram também analisadas as correlações entre a GSES – Total e o CES-D (total), entre o GSES – Total e Auto-estima, entre o GSES – Total e Suporte Social e, por fim, entre o GSES – Total e a Escala de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSS-R, total). Os resultados estão descritos no quadro 24.

Quadro 24
Coefficientes de correlação de *Pearson* GSES – Total (N=200)

Variáveis	GSES – Total
Escala de Auto-estima	.566**
Escala de Suporte Social	.297**
CES-D Total	-.502**
PSS-R Total	-.171*

** p< .01; * p< .05

Os coeficientes de correlação de *Pearson* entre o GSES – Total e as escalas de Auto-estima (SES) e de Suporte Social (SPS), revelam que estas escalas se correlacionam positiva e significativamente com a auto-eficácia ($r=.57^{**}$ e $r=.30^{**}$, respectivamente). Existe uma associação baixa a moderada entre a auto-eficácia e as escalas de auto-estima e suporte social, demonstrando alguma especificidade de cada uma das escalas pois não estão cingidas à noção de recursos pessoais de acção (auto-eficácia), o que faz com que a correlação seja moderada. Este padrão de correlações é o esperado e indica validade convergente da escala em relação a construtos afins.

As correlações observadas entre o GSES – Total, o CES-D total e o PSS-R total permitem verificar que a auto-eficácia, a depressão e a perturbação de stress pós-traumático se correlacionam negativa e significativamente entre si ($r=-.50^{**}$ e $r=-.17^{*}$, respectivamente), mostrando que quanto maior a sintomatologia de stress traumático e depressão menor a auto-eficácia.

Em conclusão, a análise das propriedades psicométricas do GSES nesta amostra, revela uma boa fidelidade do instrumento, e o estudo da validade de construto confirma a unidimensionalidade da escala preconizada pelos autores e confirmada pelos diversos estudos. Estes dados constituem-se como dados de referência para a utilização experimental da escala no nosso país.

4.6.6 Escala de Suporte Social (S.P.S.)

Versão Original

O modelo de Provisões Sociais de Weiss (1974) fundamenta a Escala de Suporte Social (*Social Provisions Scale*, Cutrona & Russell, 1987), escala seleccionada para este estudo. Segundo Weiss, são seis as funções sociais (ou provisões) distintas que podemos obter na relação com os outros, permitindo entender o processo através do qual as relações interpessoais potencializam o bem-estar em situações de *stress*. Existem duas categorias gerais nas funções: funções de assistência e funções de não assistência. As funções de assistência estão directamente relacionadas com a resolução de problemas em situações de *stress*, e consistem na *orientação* (conselhos ou informação - fontes potenciais: professores, mentores ou figuras parentais) e nas *relações de confiança* (a certeza de que podemos contar com os outros em caso de necessidade, providenciadas pelos membros da família). Já as funções de não assistência não contribuem de forma directa para a resolução de problemas e parecem ser mediadas pelos processos cognitivos. Dividem-se em *reconhecimento* (reconhecimento pelos outros das competências, capacidades e valor, reconhecimento obtido em qualquer área do sistema de suporte), *oportunidades para ser cuidador* (sentimento de que os outros confiam no sujeito para receber carinho, desenvolvida essencialmente junto dos filhos/esposa), *vinculação* (proximidade emocional de onde deriva sensação de segurança, fruto de relação marital e por vezes de familiares próximos e com os amigos íntimos) e *integração social* (sensação de pertencer a um grupo que partilha interesses, preocupações e actividades recreativas, função providenciada, maioritariamente, pelos amigos).

A versão original do instrumento foi desenvolvida em 1978. Consistia em doze afirmações, ou seja duas frases por função, uma redigida de modo afirmativo e outra redigida de modo negativo. Por exemplo, relativamente à vinculação, existiam duas afirmações: “as relações que tenho com os outros proporcionam uma sensação de segurança emocional” e “sinto falta de proximidade emocional com os outros”. Aos

participantes era pedido que escolhessem qual a amplitude em que cada frase se adequava aos seus relacionamentos interpessoais. A investigação realizada demonstrou que o instrumento possuía validade na avaliação de propriedades significativas das relações interpessoais. Neste âmbito, Russel (1984) analisou a associação entre as medidas dos relacionamentos interpessoais do indivíduo e cada uma das provisões sociais, obtendo resultados consistentes com as suposições de Weiss. Por exemplo, a oportunidade para ser cuidador possuía uma relação mais forte com a satisfação com os relacionamentos íntimos (românticos; $\beta = .381, p < .001$) e em segundo lugar com a satisfação nas relações familiares ($\beta = .139, p < .01$).

No sentido de melhor representar cada função, foram adicionados 12 novos itens, dois para cada dimensão, resultando na Escala de Suporte Social revista. Isto porque um dos problemas com a escala estava relacionado com a avaliação de suporte social individual. Dado que apenas dois itens eram empregues para avaliar cada provisão/suporte, a fidelidade dos resultados era baixa. Por esta razão, os autores adicionaram 12 itens ao novo instrumento, 2 itens (um positivo e um negativo) para cada uma das seis provisões/suportes sociais. O formato de resposta também foi simplificado para uma escala de quatro pontos, com o objectivo de facilitar a utilização do instrumento em populações não universitárias.

Para avaliar a consistência interna do instrumento, realizou-se um estudo com 1.792 participantes (Russell & Cutrona, 1987) obtendo-se valores de alfa entre .65 e .76 para as sub-escalas e de .92 para a Escala total.

Para avaliar a estrutura factorial da Escala de Suporte Social foi realizada uma análise factorial confirmatória das respostas ao instrumento (Russell & Cutrona, 1987). Na amostra de 1.792 participantes, verificou-se que as análises factoriais sugerem que as medidas de suportes/provisões sociais formam factores separados mas altamente correlacionados. As correlações entre as provisões sociais parecem representar a influência de um factor geral ou global de suporte social. Contudo, as provisões individuais também parecem reflectir aspectos distintos do suporte social. Considerando todas as análises factoriais realizadas, parece possível concluir que a Escala de Suporte Social (SPS) avalia não só os componentes específicos do suporte social, como também o nível global de suporte disponível para o sujeito.

Estudos da validade discriminante sugerem a diferenciação entre o construto avaliado e outros construtos, estes últimos avaliados por questionários adaptados e

independentes (e.g., *Beck Depression Inventory* de Beck et al., 1961; *Eysenck Personality Inventory* de Eysenck & Eysenck, 1975). Por exemplo, a avaliação do suporte social pode ser enviesada pela desejabilidade social (Gottlieb, 1984), por factores de personalidade ou pelas competências sociais. Deste modo, é importante provar que o suporte social tem impacto na saúde independentemente de outros factores individuais ou sociais. Mais concretamente, com o objectivo de avaliar a validade discriminante da Escala de Suporte Social, Russel e Cutrona (1987) desenvolveram um estudo com 242 alunos de Psicologia. Juntamente com a Escala de Suporte Social, os alunos preencheram também uma bateria de testes, composta por outros questionários de suporte social (e.g., *Social Support Questionnaire*; Sarason et al., 1983), um inventário de desejabilidade social (Marlowe-Crowne Social Desirability Inventory; Crowne & Marlowe, 1964), um inventário de estado de ânimo (Beck Depression Inventory; Beck et al., 1961) e um inventário de introversão-extroversão e neuroticismo (Eysenck Personality Inventory; Eysenck & Eysenck, 1975). Os estudantes relataram ainda experiências stressantes ocorridas nos últimos seis meses, através de um questionário adaptado a populações universitárias. Verificou-se que as correlações entre os resultados da Escala de Suporte Social e as outras medidas de suporte social eram no geral mais elevadas (e.g., satisfação com o suporte social, $r=.35$, $p<.001$; atitudes face ao suporte, $r=.46$, $p<.001$) do que as correlações com as medidas de outras variáveis (depressão, $r=-.28$, $p<.001$; neuroticismo, $r=-.20$, $p<.01$). Em suma, a evidência deste estudo apoia a validade convergente e divergente da escala de suporte social e, embora esta medida esteja relacionada com outras medidas (e.g., desejabilidade social, neuroticismo), os resultados de Russel e Cutrona (1987) indicam que a medida avalia um construto que é distinto das outras medidas.

Versão Portuguesa

A escala utilizada neste estudo corresponde a 10 itens que incluem as sub-escalas seleccionadas por Hobfoll no *Women's Health Study Questionnaire* (2002). Por esta razão, serão utilizadas as seguintes sub-escalas: relação de confiança, integração social, orientação, vinculação e reconhecimento. Assim, embora os dados aqui analisados sejam relativos a uma versão portuguesa, esta versão é parcial e não se pode considerar um estudo de validação da mesma.

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

No presente estudo utilizou-se um conjunto de 10 afirmações (McIntyre & Veiga Costa, 2002) que avaliam a caracterização das relações do sujeito com amigos ou família (cf., Instrumento 5). O sujeito avalia as afirmações numa escala tipo likert com quatro possibilidades escolhendo uma das condições: “Não”, “Às vezes”, “Sim” ou “Incerteza”. Exemplos dos itens são: “Pode contar com outras pessoas para a ajudarem se precisar?”, “As relações que tem com os outros proporcionam uma sensação de segurança emocional?” ou “Sente que os outros não partilham os seus interesses e preocupações?”.

Realizou-se um estudo de fidelidade com os 10 itens obtendo-se um valor de alfa adequado de .72 (Quadro 25), pelo que a escala apresenta uma boa consistência interna nesta amostra.

Quadro 25

Resultados da análise de consistência interna da SPS – Total (N=200)

Itens	Correlação do item com total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Item 1	.25	.72
Item 2	.50	.67
Item 3	.18	.72
Item 4	.47	.68
Item 5	.40	.69
Item 6	.26	.72
Item 7	.36	.70
Item 8	.49	.68
Item 9	.22	.72
Item 10	.60	.65
Total da Escala (10 itens)		.72

Uma análise dos itens apresentados no quadro 25 permite verificar que apenas o item três (“Existem outras pessoas que gostam das mesmas actividades sociais que você gosta?”) possui uma baixa correlação com o total da escala ($<.20$). Uma vez que a eliminação deste item não implicaria uma consistência interna mais elevada do que a já estabelecida (.72), optou-se por não eliminar o mesmo.

Validade

A validade do construto foi estudada recorrendo à análise factorial de componentes principais, solicitando a extracção de um factor global que explica 28.89% da variância (Quadro 26).

Quadro 26

Estrutura Factorial da Escala de Suporte Social (SPS), versão experimental (N=200)

Factor 1 – Suporte Social Global <i>Eigenvalue: 2.89</i> Variância total explicada: 28.89%	Carga Factorial
10. Sente que lhe FALTA proximidade emocional com os outros?	.76
2. Sente que NÃO pode contar com outras pessoas para a guiarem em tempos de stress?	.68
8. Sente que os outros NÃO partilham os seus interesses e preocupações?	.67
4. Sente que as outras pessoas NÃO respeitam as suas capacidades ou competências?	.62
5. Se algo de errado acontecesse, sente que os outros NÃO a iriam ajudar?	.57
7. Sente que as suas competências e capacidades são reconhecidas pelos outros?	.50
6. As relações que tem com os outros proporcionam uma sensação de segurança emocional?	.37
1. Pode contar com outras pessoas para a ajudarem se precisar?	.36
9. Existe alguma pessoa que lhe pode dar conselhos se estiver com problemas?	.32
3. Existem outras pessoas que gostam das mesmas actividades sociais que você gosta?	.27

A análise factorial sugere que 1 factor explica apenas 28.89% da variância total (*eigenvalue* de 2.89). Assim, os resultados desta análise revelam que os 10 itens da versão adaptada por Hobfoll (2002), a partir dos 12 itens do instrumento original (Cutrona & Russell, 1987), na amostra em estudo, não reproduziram o modelo original, ou seja, um único factor que avalia o suporte social. De facto, quatro dos dez itens não apresentam cargas factoriais significativas neste factor (Leandro & Freire, 2003; Pallant, 2001). Assim, foram ensaiadas soluções de dois e três factores que explicavam muito maior variância nos resultados (dois factores: 38.75%; três factores: 51.15%). Como não se constituiu como objectivo deste estudo validar a escala, optou-se por utilizar o valor global uma vez que a consistência interna da mesma é adequada. No entanto, as análises factoriais realizadas sugerem que uma estrutura multidimensional poderá ser mais apropriada e deverá ser considerada em futuros estudos de validade.

O quadro 26 demonstra que quase todos os itens apresentam uma carga factorial igual ou superior a .50 no factor 1, exceptuando os itens 6, 1, 9 e 3 que apresentam uma carga factorial mais baixa. Assim, foi realizada uma nova análise factorial sem o item 3, verificando-se que um factor explica 31.55% da variância total (*eigenvalue* de 2.84) (ver quadro 27).

Quadro 27

Estrutura Factorial da Escala de Suporte Social (SPS) sem item 3, versão experimental (N=200)

Factor 1 – Suporte Social Global <i>Eigenvalue</i> : 2.84 Variância total explicada: 31.55%	Carga Factorial
10. Sente que lhe FALTA proximidade emocional com os outros?	.76
2. Sente que NÃO pode contar com outras pessoas para a guiarem em tempos de stress?	.69
8. Sente que os outros NÃO partilham os seus interesses e preocupações?	.67
4. Sente que as outras pessoas NÃO respeitam as suas capacidades ou competências?	.63
5. Se algo de errado acontecesse, sente que os outros NÃO a iriam ajudar?	.58

Quadro 27

Estrutura Factorial da Escala de Suporte Social (SPS) sem item 3, versão experimental (N=200) (cont.)

7. Sente que as suas competências e capacidades são reconhecidas pelos outros?	.51
6. As relações que tem com os outros proporcionam uma sensação de segurança emocional?	.36
1. Pode contar com outras pessoas para a ajudarem se precisar?	.34
9. Existe alguma pessoa que lhe pode dar conselhos se estiver com problemas?	.32

Neste estudo foi também analisada a validade convergente da SPS, encontrando-se os resultados descritos no quadro 28. Como era esperado, as correlações observadas entre a SPS e as escalas COR-E e CES-D, revelam que estas se correlacionam negativa e significativamente (e.g., $r = -.302$; $p < .01$, para a depressão). Os coeficientes de correlação de *Spearman* entre a SPS e as escalas de auto-eficácia e auto-estima indicam que estas se correlacionam positiva e significativamente entre si (e.g., $r = .394$; $p < .01$, para a auto-estima).

Quadro 28

Coeficientes de correlação de *Spearman* entre a SPS e outras medidas (N=200)

	1	2	3	4
(1) COR-E (Stress - Total)				
(2) CES-D (Depressão – T.)	.350**			
(3) Auto-Eficácia (Total)	-.169*	-.398**		
(4) Auto-Estima (Total)	-.315**	-.411**	.538**	
(5) SPS Total	-.321**	-.302**	.338**	.394**

* $p < .05$

** $p < .01$

Os coeficientes de correlação de *Spearman* obtidos vão de encontro aos valores encontrados em estudos descritos anteriormente (Russel & Cutrona, 1987: depressão, $r=-.278$, $p<.001$), demonstrando a validade convergente da escala de suporte social e indicando que a medida avalia um construto que é distinto das outras medidas.

Em conclusão, a análise das propriedades psicométricas do SPS nesta amostra revela uma adequada fidelidade do instrumento. O estudo de validade questiona a possibilidade de um factor de segunda ordem ou geral, que avalia o suporte social global disponível, preconizado pelos autores e sugere uma estrutura multidimensional. Assim, os resultados obtidos neste estudo relativamente a esta variável devem ser interpretados cautelosamente.

Para finalizar, não é nossa pretensão que os dados obtidos neste estudo constituam a validação do instrumento para a população portuguesa. Pretende-se apenas a obtenção de resultados preliminares da análise das características psicométricas da SPS na nossa amostra.

4.6.7 Escala de Conhecimento sobre a Transmissão e Prevenção do VIH (ECTP/VIH)

Versão Original

O conhecimento acerca dos comportamentos que potenciam a transmissão do VIH e sobre os métodos eficazes que previnem a transmissão do VIH é avaliado através de 14 itens seleccionados a partir de 16 itens previamente construídos num estudo da autoria do Serviço Nacional de Saúde Pública dos EUA (*U.S. Public Health Service - AIDS Information Survey*, 1988; Hobfoll et al., 1993; Hobfoll et al., 2002). Os oito itens que avaliam os conhecimentos face ao risco (transmissão) focam-se na consciência de que a infecção pelo VIH é possível através das relações sexuais desprotegidas (troca de fluidos corporais) e partilha de seringas, e não por contactos físicos que não suportam o risco da intrusão do vírus no sistema sanguíneo (e.g., apertar as mãos, utilização de casas de banho públicas), ou seja, o vírus pode ser transmitido através da partilha de seringas e não pela partilha de pratos, nem por picadas de mosquitos. As respostas foram codificadas numa escala de três pontos (1 = resposta errada; 2 = resposta correcta e 3 = não sei) e a percentagem de respostas correctas foi calculada como um indicador geral do conhecimento do risco. Os restantes seis itens avaliam o conhecimento de

métodos de prevenção face ao VIH durante o contacto sexual (isto é, a eficácia de diferentes comportamentos de auto-protecção como os preservativos, espermicida, abstinência, diafragma, ter relações com apenas um parceiro que não está infectado com o VIH), numa escala de três pontos semelhante à anterior (verdadeiro, falso, não sei) e com a percentagem de respostas correctas calculada como um indicador geral do conhecimento de prevenção.

A equipa de Hobfoll tem utilizado esta escala em vários estudos e com formatos de respostas diferentes (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994; Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1993; Hobfoll & Schroder, 2001; Schroder, Hobfoll, Jackson & Lavin, 2001). Por exemplo, num estudo de Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd (1994), a versão relativa ao conhecimento do sexo seguro aplica outro formato de resposta às 14 questões numa escala *Likert* de 4 pontos (1 = muito provável a 4 = pouco provável), de acordo com a probabilidade de serem infectados através de diferentes tipos de exposição e de acordo com os métodos de prevenção. Os itens foram cotados como correctos ou incorrectos, e os resultados foram obtidos pela percentagem de itens com respostas correctas. Num estudo de Hobfoll e Schroder (2001), o conhecimento relacionado com a SIDA também foi avaliado através das escalas de conhecimento supracitadas. Não obstante, o método de tratamento dos resultados foi diferente: estes foram calculados dividindo o número de respostas correctas pelo número de questões relacionadas e multiplicando o quociente de resultado por 100 (isto é, percentagem correcta). Os autores não testaram a consistência interna justificando que não seria um indicador válido para os testes de conhecimento uma vez que varia consoante o nível de conhecimento dos que respondem. Schroder, Hobfoll, Jackson e Lavin (2001) utilizam a escala de conhecimento sobre a transmissão e prevenção do VIH num estudo sobre os preditores proximais e distais dos comportamentos de risco face ao VIH na população feminina. A versão de 14 itens permanece considerando a dicotomização da medida para as sub-escalas, ou seja, verdadeiro vs falso/não sei com a percentagem de respostas correctas calculada como um indicador geral do conhecimento de transmissão e de prevenção do VIH/SIDA.

Neste estudo foi adoptada a versão de Schroder, Hobfoll, Jackson e Lavin (2001) com o mesmo formato de resposta utilizado pelos autores e acima descrita.

Os dados de fidelidade da escala são difíceis de identificar uma vez que os autores utilizam diferentes versões desta e não analisam de forma sistemática as propriedades psicométricas da escala. No estudo anterior de Hobfoll, Jackson, Lavin,

Britton e Sheperd (1993), realizado com 289 mulheres, analisou-se o conhecimento sexual seguro, o comportamento e as atitudes. As respostas eram dadas numa escala *Likert* de 4 pontos (1 = muito provável a 4 = pouco provável) e a cotação das respostas realizada de acordo com a sua veracidade (acordo com o conhecimento científico). Também nesta investigação, Hobfoll e col. (1993) consideraram duas sub-escalas (conhecimento de transmissão e conhecimento de prevenção face ao VIH). A fidelidade para a escala de conhecimento de transmissão foi de .76, enquanto a fidelidade teste-reteste foi de .49. Na escala de conhecimento de prevenção, a fidelidade foi de .64 e a fidelidade teste-reteste foi de .57.

Em termos de validade de construto, os autores (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994) assumem que as duas dimensões de conhecimento (transmissão e prevenção) foram construídas de modo a constituírem duas sub-escalas. Contudo, consideram que a forte relação que constatarem entre ambas os levou a considerarem uma só escala. No entanto, não são apresentadas análises factoriais dos itens que confirmem a uni ou bidimensionalidade do construto.

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas da ECTP/VIH nesta amostra foi utilizada uma versão experimental portuguesa de McIntyre e Veiga-Costa (2002). Esta versão é constituída pelos 14 itens da escala original de Hobfoll e col. (1993, 2002) (8 para a escala de conhecimento face ao risco/transmissão do VIH e 6 para a escala de conhecimento de prevenção face ao VIH) (cf. Instrumento 7 – ver anexo). As características psicométricas do ECTP/VIH, na versão portuguesa utilizada, foram determinadas por uma avaliação da fidelidade e validade. Os dados referentes às características psicométricas estudadas, dizem respeito ao momento 1 de avaliação (pré-teste – momento de recrutamento).

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o alfa de *Cronbach* para o total da escala e separadamente para as escalas de conhecimento sobre a transmissão e conhecimento sobre a prevenção do VIH (Quadros 29, 30 e 31).

Quadro 29

Resultados da análise de Consistência Interna do ECTP/VIH – Total (N=200)

Item	Correlação com o total da escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
Item 1	.83	.88
Item 2	.67	.88
Item 3	.74	.88
Item 4	.58	.89
Item 5	.44	.89
Item 6	.89	.88
Item 7	.46	.89
Item 8	.38	.90
Item 9	.52	.89
Item 10	.81	.88
Item 11	.50	.89
Item 12	.72	.88
Item 13	.74	.88
Item 14	.52	.89
Total da Escala		.89

A análise da consistência interna para o ECTP/VIH – Total revela que todos os itens apresentam correlações acima de .38 com o total da escala, variando dos .38 aos .89. O coeficiente alfa é elevado (.89).

Quadro 30

Resultados da análise de consistência interna da Escala de Conhecimento sobre a Transmissão do VIH (N=200)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Item 1	.75	.78
Item 2	.64	.78
Item 3	.69	.78
Item 4	.58	.79
Item 5	.45	.81
Item 6	.81	.78
Item 7	.49	.80
Item 8	.36	.84
Total da Escala		.82

A análise das correlações dos itens do ECTP/VIH (conhecimento sobre a transmissão do VIH) com o total da escala (sem o item), revelou que todos os itens apresentam correlações acima de .36, variando dos .36 aos .81 (Quadro 30). Nas correlações do ECTP/VIH (conhecimento sobre a prevenção do VIH) com o total da escala, os valores obtidos situam-se acima dos .45, variando dos .45 aos .76 (Quadro 31). O coeficiente de fidelidade para a escala de conhecimento sobre a transmissão do VIH é de .82 e para a escala de conhecimento sobre a prevenção do VIH é de .83, o que revela uma elevada consistência interna em ambos os casos e bastante mais elevada do que a encontrada pelos autores originais.

Quadro 31
Resultados da análise de Consistência Interna da Escala de Conhecimento sobre a
Prevenção do VIH (N=200)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Item 9	.54	.82
Item 10	.72	.79
Item 11	.45	.84
Item 12	.75	.78
Item 13	.76	.78
Item 14	.54	.82
Total da Escala		.83

Pela análise dos coeficientes de consistência interna de *Cronbach* da ECTP/VIH (por sub-escala e total), é possível constatar que os valores obtidos são elevados (.82, .84, e .89) e mais elevados relativamente aos obtidos noutros estudos (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1993; .76, .74; Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994; .60; Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994; .74), revelando uma elevada consistência interna desta escala na amostra em estudo.

Validade

Os 14 itens da ECTP/VIH – Total foram submetidos a uma análise de componentes principais. Antes de efectuar a análise verificou-se a adequação dos dados

para a análise factorial. A matriz de correlação revelou a presença de muitos coeficientes de .3 e superiores. O valor do teste de *Kaiser-Meyer-Okin* (KMO) foi de .92, excedendo o valor recomendado de .6 (Kaiser, 1970, 1974; cit. in Pallant, 2001) e o Teste de Esfericidade de Bartlett (TEB; Bartlett, 1954) alcançou a significância estatística, confirmando os critérios psicométricos para a realização da análise factorial.

A validade de construto foi estudada recorrendo à análise factorial exploratória de componentes principais seguida de rotação *varimax*. Após a extracção e rotação, dois factores com *eigenvalues* superiores a 1, emergem da análise da ECTP/VIH – Total (Quadro 32), explicando 35.82% da variância.

Quadro 32

Estrutura Factorial da ECTP/VIH – Total, versão experimental (N=200)

Factor 1 – Conhecimentos sobre a Prevenção Eigenvalue: 7.06 Variância explicada (após rotação): 35.82%	Carga Factorial
Itens	
6. ...partilhar seringas para uso de droga com alguém que tem o VIH/SIDA?	(.803)
13. O coito interrompido é um método eficaz para evitar a SIDA.	.788
12. Usar apenas um gel, espuma/creme espermicida é um método eficaz para evitar SIDA.	.775
10. Usar preservativo é um método eficaz para evitar a SIDA.	.770
1. ...trabalhar próximo de alguém com o VIH/SIDA?	(.740)
3. ...apertar as mãos, tocar ou beijar alguém na face que tem o VIH/SIDA?	(.706)
14. Ter relações sexuais com apenas um parceiro que não tem o VIH é um método eficaz.	.698
9. Não ter quaisquer relações sexuais é um método eficaz para evitar a SIDA.	.683

Quadro 32

Estrutura Factorial da ECTP/VIH – Total, versão experimental (N=200) (cont.)

Factor 2 – Conhecimentos sobre a Transmissão Eigenvalue: 1.09 Variância explicada (após rotação): 22.41%	Carga Factorial
7. ...apanhar com a tosse ou com o espirro de alguém que tem o VIH/SIDA?	.786
5. ...usar casas de banho públicas?	.654
4. ...partilhar pratos, garfos ou copos com alguém que tem o VIH/SIDA?	.645
2. ...comer num restaurante em que o cozinheiro tem o VIH/SIDA?	.566
11. Usar um diafragma é um método eficaz para evitar a SIDA.	(.477)
8. ...através de mosquitos ou outros insectos infectados com o VIH/SIDA?	.346

A análise de componentes principais revelou a presença de duas componentes com *eigenvalues* superiores a 1, que explicam 35.82% e 22,41% da variância, respectivamente. Justifica-se, assim, a utilização de duas sub-escalas na avaliação do conhecimento sobre o VIH.

Embora não conclusivos, os dados apresentados neste estudo constituem uma boa fonte de referência para estudos posteriores a realizar com o ECTP/VIH no âmbito da prevenção face ao VIH.

4.6.8 Questionário do Comportamento Sexual Passado (QCS)

O *Questionário do Comportamento Sexual Passado* permite avaliar o comportamento sexual através de um conjunto de itens adoptados por Hobfoll e col. (2002) de um estudo de Kelly, St. Lawrence, Hood, e Bransfield (1989) e de trabalhos prévios (Hobfoll, 2002). Neste questionário é pedido às mulheres para indicarem a frequência dos seus comportamentos sexuais (vaginal, oral e anal) e respectivos comportamento preventivos (utilização do preservativo), número de parceiros, em três períodos distintos: nas últimas duas semanas, nos últimos dois meses e nos últimos seis meses.

Este questionário que avalia o comportamento sexual tem sido amplamente utilizado nos estudos de Hobfoll e col. (1993 - 2002), como por exemplo no estudo de 2001 sobre os preditores de comportamento de risco (Schroder, Hobfoll, Jackson & Lavin, 2001). Neste estudo o comportamento sexual referia-se apenas a um período de tempo (últimos seis meses) e as frequências de cada prática sexual eram relatadas numa escala de 0 a 4 (0 = nunca, 1 = uma vez, 2 = de 2 a 3 vezes, 3 = 4-6 vezes, ou 4 = mais do que 6 vezes). A frequência do uso de preservativo para cada um destes comportamentos sexuais foi medida numa escala *Likert* de 4 pontos (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = algumas vezes, 4 = sempre).

Noutro estudo (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994), o comportamento sexual foi avaliado através das práticas sexuais anais, sendo que as mulheres classificavam o seu comportamento durante o sexo anal, o uso de preservativo e espermicida numa escala de 4 pontos (*não, às vezes, quase sempre, sempre que tenho sexo*). O alfa de *Cronbach* para estes dois itens foi de .88.

Os mesmos autores (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994), num estudo relativo às barreiras face ao sexo seguro, também avaliaram o comportamento sexual das mulheres numa escala *Likert* de 4 pontos (“Foi sexualmente activa no último ano?”, indicando: “não”, “uma vez por mês ou menos”, “2-3 vezes por mês”, ou “mais de 3 vezes por mês”). Também indicavam o número de parceiros sexuais que tinham tido nesses períodos de tempo numa escala de 4 pontos (“sem parceiro”, “algum parceiro”, “poucos parceiros 2-4”, e “muitos parceiros, 5 ou mais”). A variável “número de parceiros sexuais” foi também utilizada por Jackson, Hobfoll, Jackson & Lavin (2001) num estudo relativo ao stresse, auto-eficácia e percepção de envolvimento do parceiro em comportamentos de risco para o VIH. As mulheres indicavam o número de parceiros sexuais que tinham tido nos últimos seis meses. Dado que o número de parceiros tendia de modo elevado para um parceiro, a variável foi dicotomizada (Dolcini et al., 1995): 1 = um parceiro sexual nos últimos seis meses, 2 = mais de um parceiro sexual nos últimos seis meses.

Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd (1993), no seu estudo sobre o conhecimento, comportamento e atitudes relativamente ao risco face ao VIH numa população feminina, também avaliaram o comportamento sexual. A actividade foi avaliada através de 7 itens retirados do trabalho sobre o risco da SIDA de Kelly e col. (1989). O critério temporal implicava o relato das práticas sexuais no último ano (e.g., relações vaginais, orais). A frequência foi classificada numa escala de 1 a 4 (1 = “não

me envolvi nesse comportamento”, 2 = “uma vez por mês ou menos”, 3 = “2 ou 3 vezes por mês”, 4 = “mais de 3 vezes por mês”). Também aqui as participantes indicaram o número de parceiros sexuais numa escala de 4 pontos (1 = “sem parceiro”, 2 = “algum parceiro”, 3 = “poucos parceiros 2-4”, e 4 = “muitos parceiros, 5 ou mais”). A fidelidade (*split-half*) nesta amostra foi de .71 e a fidelidade teste-reteste após três meses numa sub-amostra de mulheres foi de .75.

Num estudo sobre a ambiguidade da monogamia enquanto um objectivo sexual seguro nas mulheres (Britton, Levine, Jackson, Hobfoll, Sheperd & Lavin, 1998), também foi avaliada a actividade sexual considerando a escala likert de 4 pontos descrita nos estudos supracitados. Os resultados foram somados para obtenção de uma pontuação total (de 5 a 20). Para a sub-amostra de 26 mulheres, a fidelidade teste-reteste no seguimento de 2 meses foi de .75.

O estudo de Hobfoll & Schroder (2001) aproxima-se mais da tipologia do questionário de comportamento sexual adaptado por Hobfoll em 2002. Contudo, permanece a cotação diferenciada. Os itens seleccionados foram adaptados do trabalho realizado no âmbito do risco para o SIDA (Hobfoll et al., 1993), com questões relativas às práticas sexuais das mulheres nos últimos dois meses (vaginal, oral e anal) e à frequência de cada uma delas (0 = 0, 1 = uma vez, 2 = 2-3 vezes, 3 = 4-6 vezes, 4 = mais de 6 vezes). Também foi avaliada a frequência do uso do preservativo em cada comportamento sexual (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = sempre). Os resultados foram calculados para indicar a frequência geral de contactos sexuais e a frequência geral do uso do preservativo na relação sexual. A medida do uso relativo de preservativos foi calculada dividindo a frequência geral do uso do preservativo pela frequência geral dos contactos sexuais durante os últimos dois meses.

Este último estudo encontra-se relacionado com a versão utilizada na nossa investigação, embora o formato de resposta implique a indicação do número de vezes em que o comportamento ocorreu (e.g., “Durante os últimos dois meses, quantas vezes se envolveu em sexo oral?”; “Destas vezes, com que frequência usou preservativo?”).

A diversidade de versões nesta escala dificulta a determinação das características psicométricas da versão original.

Versão Portuguesa

Neste estudo foi utilizada uma versão experimental portuguesa de McIntyre & Veiga-Costa (2002). Esta versão é constituída pelos 25 itens da escala construída por

Hobfoll no *Women's Health Study Questionnaire* (9 itens repartidos por três momentos para avaliar a actividade sexual vaginal, oral e anal nas últimas duas semanas, nos últimos 2 e 6 meses, e 9 itens que avaliam a actividade preventiva, ou seja a frequência do uso do preservativo). A estes itens adicionam-se 3 que avaliam o número de parceiros sexuais relativos a três períodos temporais (2 semanas, 2 e 6 meses). A questão da troca de sexo por dinheiro ou por drogas é efectuada para os três momentos. Uma última questão indica a actividade recente no que respeita à utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais (cf. Instrumento 9 – ver anexo).

Em suma, citando-se várias formas de comportamentos sexuais considerados de risco pela investigação epidemiológica (sexo oral, anal e vaginal sem protecção e uso de drogas) (Hobfoll e col., 1993; 1994), as mulheres descrevem a frequência dos comportamentos verificados num período de duas semanas, nos últimos dois e seis meses e nos últimos actos sexuais em que se envolveu (quatro). A avaliação faz-se num conjunto de 25 itens num formato de resposta que implica a indicação do número de vezes em que ocorreu o comportamento, obtendo-se um perfil idiossincrático de comportamentos de risco.

Para fins de caracterização da amostra em termos da sua actividade sexual, dividiu-se as respostas em dois índices parciais: (1) actividade sexual de risco (relação vaginal, oral e anal) e a (2) actividade sexual segura com práticas preventivas (utilização do preservativo).

Uma vez que esta escala tem apenas a finalidade de descrever o comportamento sexual passado da amostra em estudo, não sendo utilizada esta variável no teste de hipóteses, não se fez um estudo da fidelidade da mesma.

4.6.9 Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA (ACS)

O questionário de Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA contém três itens isolados: o primeiro permite avaliar a percepção de risco comunitário face ao VIH e o segundo avalia a percepção de risco pessoal face ao VIH; o terceiro avalia a discussão da SIDA e sua prevenção com os parceiros sexuais. Os dois primeiros itens são indicadores de um viés optimista (em que o sujeito compara o seu próprio risco com o risco das outras pessoas). As mulheres também classificam a sua percepção de risco na comunidade. Os dois itens são medidos numa escala de resposta de 4 pontos (1 = sem risco, 2 = baixo risco, 3 = risco moderado, 4 = risco elevado). São cotadas

isoladamente as respostas para o risco percebido na comunidade e para a percepção de risco pessoal de infecção pelo VIH. Valores positivos elevados na percepção de risco comunitário indicam um forte viés optimista, ou seja, ao considerar elevado risco na comunidade e não pessoal (Schroder, Hobfoll, Jackson & Lavin, 2001).

Hobfoll e col. (2002) adicionam um item relativo à discussão com os parceiros. Para avaliar se as mulheres discutiam o comportamento relacionado com a SIDA com os seus parceiros. O item é parafraseado do seguinte modo: “Converso sobre a SIDA e sobre a prevenção da SIDA”, com três opções de resposta: 2 = com todos os parceiros, 1 = com alguns mas não com outros, 0 = raramente ou nunca. Este item foi também usado no nosso estudo.

Num estudo prévio sobre as barreiras das mulheres face ao sexo seguro, Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd (1994) utilizaram estes itens relativos à percepção de risco (pessoal e comunitário) adicionando a discussão sobre a SIDA e prevenção da SIDA, denominando o instrumento por *Attitudes and other AIDS related behaviors*. Neste estudo as atitudes face à SIDA foram avaliadas por três questões. As mulheres respondiam se estavam “preocupadas com a SIDA” (“Concordo totalmente, concordo, discordo, discordo totalmente”), se acreditavam que “o contacto sexual entre um homem e uma mulher envolve uma determinada probabilidade de contrair SIDA” (“sem risco, baixo risco, risco moderado e risco elevado”), e se acreditavam que “o seu comportamento sexual implica uma determinada probabilidade de contraírem SIDA” (“sem risco, baixo risco, risco moderado e risco elevado”). As participantes também indicaram se “modificaram o seu comportamento como resultado do conhecimento sobre a SIDA”, e se “conversavam sobre a SIDA e sobre a Prevenção da SIDA com os seu(s) parceiro(s)”. A questão da mudança foi respondida numa escala de quatro pontos tal como a questão de preocupação, enquanto que o item relativo à discussão foi cotado como 0 (não iniciam a conversa) e 1 (iniciam a conversa).

O presente estudo adapta a versão de Hobfoll e col. (2002), pelo que considera os três itens: 1) percepção de risco comunitário, 2) percepção de risco pessoal, e 3) comunicação sobre a SIDA e sua prevenção. Uma vez que se trata de itens isolados, não aparece na literatura uma análise das suas características psicométricas.

Versão Portuguesa

Nesta amostra foi utilizada uma versão experimental portuguesa de McIntyre & Veiga-Costa (2002). Esta versão é constituída pelos dois itens relativos à percepção de

risco na comunidade (avaliando o grau em que as mulheres sentem que o contacto sexual entre uma mulher e um homem implica uma exposição de elevado risco na sua comunidade) e percepção de risco pessoal (se o seu comportamento sexual actual as coloca em risco) para aquisição do VIH adaptada por Hobfoll no *Women's Health Study Questionnaire*. As questões são respondidas numa escala de 4 pontos (“sem risco, baixo risco, risco moderado e risco elevado”). Utilizou-se também o item que avalia se as mulheres “conversam sobre a SIDA e sobre a Prevenção da SIDA com os seu(s) parceiro(s)”, considerando as seguintes possibilidades de resposta: 2 = *com todos os parceiros*, 1 = *com alguns mas não com outros*, 0 = *raramente ou nunca*. (cf. Instrumento 9 – ver anexo).

4.6.10 Escala de Percepção de Comportamento de Risco do Parceiro para o VIH (EP/CR/VIH)

A *Escala de Percepção de Comportamento de Risco do Parceiro para o VIH* constitui uma medida adicional de consciência do risco que envolve comportamentos de risco prévios e condições ambientais dos parceiros das mulheres em estudo (Schroder, Hobfoll, Jackson & Lavin, 2001). Os quatro itens desenvolvidos por Jackson, Hobfoll, Jackson e Lavin (2001), foram utilizados por Hobfoll e col. (2002) no *Women's Health Study Questionnaire* para avaliar a percepção das participantes em relação ao comportamento sexual dos seus parceiros: (1) se o parceiro (s) algumas vez usou drogas injectáveis; (2) se teve outras parceiras sexuais no último ano; (3) se esteve na prisão durante os últimos 5 anos; e (4) se teve relações sexuais com outros homens nos últimos 5 anos. No estudo de Schroder, Hobfoll, Jackson e Lavin (2001) as respostas foram classificadas numa escala de 3 pontos (1 = não, 2 = talvez, não tenho a certeza, e 3 = sim). O indicador geral de risco do parceiro foi calculado através do somatório dos quatro itens. Esta versão é idêntica à utilizada no estudo actual. Quanto às características psicométricas, não há dados relativos à consistência interna da escala nos estudos de Hobfoll e col. (2001), nem à sua validade.

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do EP/CR/VIH nesta amostra foi utilizada uma versão experimental portuguesa de McIntyre & Veiga-Costa (2002). Esta versão é constituída pelos 4 itens da escala, que avaliam a percepção das

mulheres relativamente ao facto dos seus parceiros sexuais se terem envolvido ou não em comportamentos de risco para o VIH no último ano, utilizada por Hobfoll (2002) no *Women's Health Study Questionnaire* e respondida numa escala de 3 pontos (0 = não, 1 = talvez, não tenho a certeza, e 2 = sim). O indicador geral de risco do parceiro foi calculado através do somatório dos quatro itens. (cf. Instrumento 10 – ver anexo).

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o alfa de *Cronbach* para a escala EP/CR/VIH constituída pelos quatro itens (Quadro 33).

Quadro 33

Resultados da análise de Consistência Interna da EP/CR/VIH (N=200) – versão 4 itens

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Item 1	.19	.10
Item 2	.02	.57
Item 3	.19	.12
Item 4	.19	.08
Alfa de <i>Cronbach</i> (4 itens) = .20		

A análise das correlações para a EP/CR/VIH revela que o item 2 (“Acha que algum dos seus parceiros sexuais teve outros parceiros sexuais no último ano?”) apresenta correlação baixa ($<.20$) com o total da escala. Para os outros itens as correlações com o total da escala são de .19. Optou-se por eliminar o item 2 que possui baixa correlação com o total da escala o que aumenta a consistência interna da escala para .57, um valor aceitável dado o pequeno número de itens (Quadro 34).

Quadro 34**Resultado da análise de Consistência Interna da EP/CR/VIH (N=200) – versão 3 itens**

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Item 1	.41	.41
Item 3	.34	.52
Item 4	.39	.45
Alfa de Cronbach (4 itens) = .57		

Validade

Os 3 itens da EP/CR/VIH foram submetidos a uma análise de componentes principais. Antes de efectuar a análise verificou-se a adequação dos dados para a análise factorial. O valor do teste de *Kaiser-Meyer-Okin* (KMO) foi de .62, excedendo o valor recomendado de .6 (Kaiser, 1970, 1974; cit. in Pallant, 2001) e o Teste de Esfericidade de Bartlett (TEB; Bartlett, 1954) alcançou a significância estatística, confirmando os critérios psicométricos para a realização da análise factorial.

A validade de construto foi estudada recorrendo à análise factorial exploratória de componentes principais seguida de rotação *varimax*. Após a extracção e rotação, um factor com *eigenvalue* superior a 1, emergiu da análise da EP/CR/VIH (Quadro 35), explicando 53.66% da variância.

Quadro 35**Estrutura Factorial da EP/CR/VIH, versão experimental (N=200)**

Factor 1 – Conhecimentos sobre a Prevenção Eigenvalue: 1.61 Variância explicada (após rotação): 53.66%	Carga Factorial
Item 1 – O seu parceiro alguma vez usou drogas injectáveis?	.762
Item 4 – O seu parceiro teve relações sexuais com outros homens nos últimos cinco anos?	.739
Item 3 – O seu parceiro esteve na prisão durante os últimos cinco anos?	.695

A análise de componentes principais revelou a presença uma componente com *eigenvalue* superior a 1, que explica 53.66% da variância. Justifica-se, assim, a utilização de uma escala na avaliação da percepção de comportamento de risco do parceiro para o VIH.

Embora não conclusivos, os dados apresentados neste estudo constituem uma boa fonte de referência para estudos posteriores a realizar com o EP/CR/VIH no âmbito da prevenção face ao VIH.

4.6.11 Escala de Práticas Sexuais Seguras Actuais (E/PSSA)

A *Escala de Práticas Sexuais Seguras Actuais* constitui uma medida das práticas de sexo seguro actuais com itens que abordam a prática actual de comportamentos sexualmente seguros e intenção de praticar comportamentos sexualmente seguros (e.g., comprei ou obtive preservativos recentemente, tenho a intenção de comprar ou obter preservativos, confio no meu parceiro para que traga preservativos). Os itens originais (conjunto de 16 itens) foram seleccionados a partir de uma revisão da literatura sobre sexo seguro e uma pesquisa a outros instrumentos de avaliação (Hobfoll et al., 1993, 1994), tendo sido reduzidos para 3 itens no *Women's Health Study Questionnaire* (Hobfoll, 2002). Os participantes classificam se pretendem realizar estes comportamentos numa escala de 4 pontos (não, ocasionalmente, frequentemente ou sempre ou quase sempre que tenho sexo).

Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd (1994) utilizaram alguns destes itens para avaliar o uso actual de preservativo e espermicida (2 itens). A resposta também era dada numa escala de 4 pontos, tendo sido obtido um alfa de *Cronbach* de .84 para a amostra do estudo. Adicionalmente, avaliaram a intenção e a compra de preservativos e espermicida através de 4 itens (e.g., *tenho a intenção de comprar ou obter preservativos*) classificados numa escala de 4 pontos (1 = não, 2 = ocasionalmente, 3 = frequentemente, 4 = sempre). O alfa de *Cronbach* para esta escala foi de .72. Estes últimos itens relacionados com a intenção e a compra de preservativo estão de acordo com os 3 itens seleccionados por Hobfoll e col. (2002) utilizados na versão portuguesa experimental (McIntyre & Veiga Costa).

Noutro estudo (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1993) também se verifica a utilização da escala relativa ao comportamento sexual seguro e intenções de

comprar preservativo num formato de resposta de 4 pontos idêntico ao acima mencionado. A fidelidade *split-half* para a escala de práticas sexuais seguras foi de .73 e a fidelidade teste-reteste no seguimento de 3 meses foi de .68.

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas da E/PSSA nesta amostra foi utilizada uma versão experimental portuguesa de McIntyre & Veiga-Costa (2002). Esta versão é constituída pelos 3 itens da escala, que avaliam a prática actual de comportamentos sexualmente seguros e intenção de praticar comportamentos sexualmente seguros (e.g., *comprei ou obtive preservativos recentemente, tenho a intenção de comprar ou obter preservativos, confio no meu parceiro para que traga preservativos*), utilizada por Hobfoll (2002) no *Women's Health Study Questionnaire* e respondida numa escala de 4 pontos (0 = não, 1 = ocasionalmente, 2 = frequentemente, 3 = sempre ou quase sempre que tenho sexo). (cf. Instrumento 11 – ver anexo).

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o alfa de *Cronbach* para os 3 itens (Quadro 36). A análise das correlações para a E/PSSA revela que as correlações dos itens com o total da escala variam de .25 a .64. Assim, o coeficiente de fidelidade para a E/PSSA é de .68, revelando uma consistência interna aceitável desta escala, especialmente para o pequeno número de itens desta.

Quadro 36
Resultados das análises de Consistência Interna da E/PSSA (N=200)

Item	Correlação com total da Escala (corrigido)	Alpha se o item for eliminado
Item 1	.64	.37
Item 2	.63	.39
Item 3	.25	.87
Total da Escala		.68

Pela análise do coeficiente de consistência interna de *Cronbach* da E/PSSA, é possível constatar que o valor obtido (alfa de .68 com 3 itens) é idêntico aos obtidos noutros estudos (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1993), revelando uma consistência interna satisfatória desta escala da prática actual de comportamentos

sexualmente seguros e intenção de praticar comportamentos sexualmente seguros na amostra em estudo.

Validade

Os 3 itens da E/PSSA foram submetidos a uma análise de componentes principais. Antes de efectuar a análise verificou-se a adequação dos dados para a análise factorial. O valor do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) foi de .6 e o Teste de Esfericidade de Bartlett (TEB; Bartlett, 1954) alcançou a significância estatística, confirmando os critérios psicométricos para a realização da análise factorial.

A validade de construto foi estudada recorrendo à análise factorial exploratória de componentes principais seguida de rotação *varimax*. Após a extracção e rotação, um factor com *eigenvalue* superior a 1, emergiu da análise da E/PSSA (Quadro 37), explicando 63% da variância.

Quadro 37

Estrutura Factorial da E/PSSA, versão experimental (N=200)

Factor 1 –Práticas Sexuais Seguras Actuais Eigenvalue: 1.89 Variância explicada (após rotação): 63%	Carga Factorial
Item 1 – Comprei ou obtive preservativos recentemente	.91
Item 2 - . Tenho a intenção de comprar ou obter preservativos	.91
Item 3 - Confio no meu parceiro para que traga preservativos	.50

A análise de componentes principais revelou a presença uma componente com *eigenvalue* superior a 1, que explica 63% da variância. Justifica-se, assim, a utilização de uma escala na avaliação das práticas sexuais seguras actuais.

Embora não conclusivos, os dados apresentados neste estudo constituem uma boa fonte de referência para estudos posteriores a realizar com a E/PSSA no âmbito da prevenção face ao VIH.

4.6.12 Controlo da Natalidade

As mulheres também relataram os seus métodos de controlo da natalidade (item 162 ao item 173; cf. Instrumento 12 – ver anexo) uma vez que o uso de alguns tipos de controlo de natalidade podem ajudar a explicar porque é que as mulheres não usam métodos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (e.g., Pílula contraceptiva, coito interrompido, etc). Uma vez que se trata de itens com fins descritivos (tipo *survey*), cuja intenção não é medir um construto, não se realizou uma análise das características psicométricas.

4.6.13 Questionário de Barreiras: razões para não praticar sexo seguro (BASSB)

O *Questionário de Barreiras* é uma escala que avalia as razões para não praticar comportamentos sexuais seguros na relação sexual. A versão original foi desenvolvida por Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton e Sheperd (1994) num estudo que examinou as barreiras que as mulheres possuíam face ao sexo seguro (utilização do preservativo) e a partir do qual foram desenvolvidos 14 itens, numa escala de barreiras face ao sexo seguro, multi-dimensional (recusas do próprio ou do parceiro, avaliação de que não se está em risco, embarazo, e o sexo seguro elimina o prazer). A versão utilizada por nós é um pouco diferente desta como veremos mais adiante.

Quanto ao desenvolvimento da escala original e características psicométricas, foram efectuados três estudos. No estudo 1, os autores (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994) testaram a escala numa população de 503 mulheres grávidas, solteiras e com menos de 30 anos, verificando quatro factores idênticos às barreiras teóricas encontradas na literatura: a) recusas do próprio ou do parceiro, b) avaliação de que não se está em risco, c) embarazo, e d) o sexo seguro elimina o prazer. Foi ainda incluído um item relativo à abstinência. Estes itens foram criados com base numa revisão da literatura sobre as razões pelas quais os indivíduos não praticam sexo seguro (Backer, Batchelor, Jones, & Mays, 1988). O modo de resposta aos 14 itens varia numa escala *likert* de quatro pontos: concordo totalmente, concordo, discordo, discordo totalmente.

As análises factoriais relativas à validade de construto indicam que o instrumento é multidimensional, sugerindo quatro factores através da análise de componentes principais. Na amostra comunitária do primeiro estudo (amostra preliminar retirada de um projecto de intervenção na SIDA, n=123; Hobfoll, Jackson,

Lavin, Britton & Sheperd, 1994) cada factor possuía um eigenvalue superior a 1 e os factores explicavam 58% da variância total. Também na segunda amostra comunitária (mulheres retiradas do estudo principal, n=380; Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994) os quatro factores explicavam 60% da variância total.

Com base na análise factorial, os autores construíram 4 sub-escalas com multi-ítems. Consideraram que o item de abstinência, que não saturava em nenhum factor, devia permanecer como uma sub-escala de apenas um item, sendo de interesse para a investigação. A primeira sub-escala é composta por cinco ítems que avaliam *recusas do próprio ou do parceiro* (e.g., “O meu parceiro iria opor-se”; “O meu parceiro não iria gostar”; “Não gosto, interfere com a liberdade”). O alfa de *Cronbach* foi de .76. Os ítems que constituem a segunda sub-escala medem a *percepção de risco pessoal* (e.g., “Não estou em risco”, “O meu parceiro não está em risco ou infectado”). O alfa de *Cronbach* para esta sub-escala de quatro ítems foi de .76 para ambas as amostras comunitárias de mulheres (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994). A terceira e quarta sub-escalas contêm dois ítems cada. A terceira designa-se por *abdicar do prazer* e é composta pelos seguintes ítems: “abdicar do prazer e do sexo casual”. Esta sub-escala obteve um alfa de *Cronbach* de .62. A quarta sub-escala, intitulada de *embaraço*, obteve uma fidelidade de .50. Os dois ítems que formam esta sub-escala são: (“Sou demasiado envergonhada”, “Por vezes não sou capaz de admitir, nem a mim própria, que estou a planear ter relações sexuais”). Os autores referem que é claro que este último factor é o mais fraco, considerando que pode ser uma consequência da dificuldade das mulheres admitirem o seu embaraço.

No estudo 2 (a amostra é a mesma do estudo 1, n=503), as análises de validade a informação de validade convergente e divergente apoiam a validade de construto do modelo teórico e da escala (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994). Verificou-se que as barreiras relativas às *objecções do próprio ou do parceiro* possuíam maior fidelidade e validade de construto. A sub-escala *objecções do próprio ou do parceiro* encontra-se mais relacionada com a depressão ($r=.15^{***}$; $p<.01$), com a baixa auto-eficácia ($r=-.16^{***}$; $p<.01$) e com baixo suporte social ($r=-.15^{***}$; $p<.01$). O *embaraço* parece estar relacionado com baixa auto-eficácia ($r=-.18^{***}$; $p<.01$). A barreira relativa ao *abdicar do prazer* relaciona-se com a satisfação face ao suporte social ($r=-.12^{**}$; $p<.05$).

No estudo 3, verificou-se que as quatro sub-escalas tinham fidelidade adequada numa amostra adicional de 72 mulheres solteiras universitárias. Mais concretamente, as

medidas de fidelidade para a sub-escala de *objecções do próprio ou do parceiro* foi de .84, na sub-escala de *percepção de risco* foi de .80, na sub-escala *abdicar do prazer* obteve de .71, e na sub-escala *embaraço* foi de .64.

No estudo de Schroder, Hobfoll, Jackson e Lavin (2001) utilizou-se uma versão de 13 itens, após retirar o item relativo à abstinência, que permitiram avaliar as barreiras contra o sexo seguro, numa escala de 4 pontos, variando de 1 = discordo totalmente a 4 = concordo totalmente. A escala utilizada por Hobfoll posteriormente no *Women's Health Study Questionnaire* (2002) e adaptada por nós é baseada nesta versão. Neste estudo os itens foram agrupados em quatro sub-escalas e o somatório dos resultados foi calculado para cada. Em seguida apresenta-se as sub-escalas:

- 4 Itens avaliam a *ausência de percepção de risco* (e.g., “Não estou em risco”, “O meu parceiro não está em risco”);

- 4 Itens medem as *atitudes negativas face ao sexo seguro* (e.g., “Acho que as práticas sexuais seguras interferem com a espontaneidade e com o fazer o que quero”, “Acho que o sexo seguro tira o prazer”);

- 2 Itens são indicadores da *percepção da atitude do parceiro como negativa* (“O meu parceiro não gostaria de práticas sexuais seguras”, “O meu parceiro iria opor-se”);

- 3 Itens medem a *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação* (“Sou demasiado envergonhada”, “Não posso falar com o meu parceiro sobre isso”, “Por vezes não sou capaz de admitir, nem a mim própria, que estou a planear ter relações sexuais”).

A análise de consistência interna para as quatro sub-escalas resultou alfas de Cronbach de .81 para a *ausência de percepção de risco* (4 itens), .78 para as *atitudes negativas face sexo seguro* (4 itens), .79 para a *percepção da atitude do parceiro como negativa* (2 itens) e .58 para a *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação* (3 itens).

Em suma, os estudos prévios realizados com a escala de barreiras original e versões posteriores demonstram uma adequada fidelidade e validade (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton, & Sheperd, 1994; Schroder, Hobfoll, Jackson & Lavin, 2001; Hobfoll & Schroder, 2001).

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas da escala BASSB nesta amostra foi utilizada uma versão experimental portuguesa de McIntyre & Veiga-Costa (2002). Esta versão é constituída por 10 itens da versão de 13 itens de Schroder, Hobfoll, Jackson e Lavin (2001), conforme adaptado por Hobfoll (2002) no *Women's Health Study Questionnaire* (ausência de percepção de risco, 3 itens; atitudes negativas em relação ao sexo seguro, 2 itens; percepção da atitude parceiro como negativa, 2 itens; e percepção de baixa auto-eficácia na comunicação, 3 itens; considerando ainda a sub-escala de abstinência de um item) que avaliam as razões para não adoptar um comportamento sexual seguro (uso do preservativo). Os itens são respondidos numa escala *Likert* de 4 pontos (cf. Instrumento 13 – ver anexo). As características psicométricas da escala BASSB, na versão portuguesa utilizada, foram determinadas por uma avaliação da consistência interna. Os dados referentes às características psicométricas estudadas, dizem respeito ao momento 1 de avaliação (pré-teste – momento de recrutamento).

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o *alfa de Cronbach* para as quatro sub-escalas (Quadro 38). O item referente à abstinência não foi incluído nas análises uma vez que não pertence aos quatro factores propostos pelos autores originais.

Quadro 38

Resultados da Análises de Consistência Interna das Sub-escalas do BASSB (N=200)

Sub-escalas	Consistência Interna <i>Alfa de Cronbach</i>
Ausência de percepção de risco	.79
Atitudes negativas em relação ao sexo seguro	.66
Percepção negativa da atitude parceiro	.78
Percepção de baixa auto-eficácia na comunicação	.56

Pela análise dos coeficientes de consistência interna de *Cronbach* do BASSB (por sub-escala), é possível constatar que os valores obtidos são adequados, sendo mais baixos para a sub-escala de *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação* (.79, .66, .78 e .56), tal como acontece na versão original. Esses valores vão de encontro aos resultados obtidos noutros estudos (Schroder, Hobfoll, Jackson & Lavin, 2001; .81, .78, .79, .58), revelando uma consistência interna aceitável das sub-escalas na amostra em estudo.

Validade

Os 10 itens do BASSB – Total foram submetidos a uma análise de componentes principais com rotação *varimax*. Antes de efectuar a análise verificou-se a adequação dos dados para a análise factorial. A matriz de correlação revelou a presença de muitos coeficientes de .3 e superiores. O valor do teste de *Kaiser-Meyer-Okin* (KMO) foi de .77, excedendo o valor recomendado de .6 (Kaiser, 1970, 1974; cit. in Pallant, 2001) e o Teste de Esfericidade de Bartlett (TEB; Bartlett, 1954) alcançou a significância estatística, confirmando os critérios psicométricos para a realização da análise factorial.

Os resultados da análise factorial exploratória encontram-se apresentados no Quadro 39 .

Quadro 39

Estrutura Factorial do BASSB, versão experimental (N=200)

Factor 1 – Percepção de baixa auto-eficácia na comunicação <i>Eigenvalue</i> : 3.49 Variância explicada (após rotação): 21.29%	Carga Factorial
Itens	
3. Por vezes, não sou capaz de admitir, nem a mim própria, que estou a planear ter relações sexuais.	.861
11. Não posso falar com o meu parceiro(s) sobre isso	.844
4. Sou demasiado envergonhada	.524

Quadro 39

Estrutura Factorial do BASSB, versão experimental (N=200) (cont.)

Factor 2 – Ausência de percepção de risco <i>Eigenvalue: 2.2</i> Variância explicada (após rotação): 21.27%	Carga Factorial
8. O meu parceiro(s) não está em risco.	.868
7. Sei que o meu parceiro não está infectado porque ele/eles foram testados para o VIH.	.827
2. Estou numa relação com um parceiro não infectado ou de baixo risco e nenhum de nós tem sexo com outra pessoa.	.803
Factor 3 – Atitudes negativas em relação ao sexo seguro <i>Eigenvalue: .83</i> Variância explicada (após rotação): 19.11%	Carga Factorial
6. Acho que o sexo seguro tira o prazer.	.809
5. Acho que as práticas sexuais seguras interferem com a espontaneidade e fazer o que eu quero.	.795
Factor 4 – Percepção negativa da atitude parceiro <i>Eigenvalue: .803</i> Variância explicada (após rotação): 11.66%	Carga Factorial
10. O meu parceiro iria opor-se.	.828
9. O meu parceiro(s) não gostaria de práticas sexuais seguras.	.640

A solução factorial de quatro factores explica um total de 73.32% da variância, com a componente 1 a contribuir com 21.29%, a componente 2 a contribuir com 21,27%, a 3 com 19.11% e a 4 com 11.66%. Estes resultados confirmam a multidimensionalidade do construto proposta pelos autores originais.

As correlações das sub-escalas do questionário de barreiras são moderadas embora pareça ainda haver alguma especificidade destas (ver Quadro 40).

Quadro 40

Correlações inter-dimensões do BASSB, versão experimental (N=200)

Correlações	Percepção negativa da atitude do parceiro	Baixa percepção de auto-eficácia na comunicação
Atitudes negativas em relação ao sexo seguro	.588 **	.510 **
Percepção negativa da atitude parceiro		.592 **

** . $p < .01$

Neste estudo foi também analisada a validade convergente/discriminante da SPS, encontrando-se os resultados descritos no quadro 41. As correlações observadas entre as sub-escalas do BASSB, e a auto-eficácia geral e a auto-eficácia na negociação do preservativo, revelam que estas se correlacionam negativa e significativamente (e.g., $r = -.329$; $p < .01$, entre a auto-eficácia geral e a sub-escala de Baixa percepção de auto-eficácia na comunicação; $r = -.274$ ** ; $p < .01$, entre a auto-eficácia na negociação do preservativo e a sub-escala de percepção negativa da atitude parceiro).

Quadro 41

Coefficientes de correlação de *Spearman* entre o BASSB e outras medidas (N=200)

	Ausência de percepção de risco	Atitudes negativas em relação ao sexo seguro	Percepção negativa da atitude parceiro	Baixa percepção de auto-eficácia na comunicação
(1) Auto-Eficácia Geral	.012	-.217**	-.308**	-.329**
(2) Auto-eficácia na Negociação do preservativo	.108	-.116	-.274**	-.177*

*. $p < .05$

** . $p < .01$

Os coeficientes de correlação de *Spearman* obtidos vão de encontro aos valores encontrados em estudos descritos anteriormente (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994: *objecções do próprio ou do parceiro* encontrava-se mais relacionada com a baixa auto-eficácia, $r = -.16$ ***; $p < .01$, e o *embaraço*, pertencente à sub-escala de baixa percepção de auto-eficácia na comunicação, estava relacionado também com baixa auto-eficácia, $r = -.18$ ***; $p < .01$). Nesta amostra, a ausência de percepção de risco

é a escala que menos se correlaciona com a auto-eficácia geral. A auto-eficácia geral correlaciona-se apenas moderadamente com a auto-eficácia na comunicação, o que apoia a assumpção de que a auto-eficácia é algo específico das competências alvo. As correlações encontradas com as outras sub-escalas são baixas e no sentido esperado, apoiando a validade convergente e discriminante da escala de barreiras.

Em conclusão, a análise das propriedades psicométricas do BASSB nesta amostra revela uma adequada fidelidade do instrumento e o estudo da validade confirma as quatro dimensões preconizadas pelos autores e confirmadas por outros estudos (Hobfoll, Jackson, Lavin, Britton & Sheperd, 1994; Schroder, Hobfoll, Jackson & Lavin, 2001; Hobfoll & Schroder, 2001).

Para finalizar, não é nossa pretensão que os dados obtidos neste estudo constituam a validação do instrumento para a população portuguesa. Pretende-se apenas a obtenção de resultados preliminares da análise das características psicométricas do BASSB na nossa amostra.

4.6.14 Comportamentos de Risco

Marcadores de DSTs e VIH de Hobfoll et al. (2002)

As mulheres realizaram auto-relatos de potenciais DSTs durante a história de vida (e.g., “Alguma vez teve uma doença sexualmente transmissível? Gonorreia, herpes, etc.?”) e durante o período de estudo (e.g., “Teve uma nova doença sexualmente transmitida nos últimos três meses”). Adicionalmente, proporcionaram informação se foram testadas em relação ao VIH (e.g., “Alguma vez fez o teste ao VIH?”) e qual foi o resultado do mesmo (e.g., “Alguma vez o seu teste foi positivo para o VIH?”). O auto-relato para as DSTs tem sido considerado como sendo um método de confiança para avaliar a presença ou ausência de DSTs (Wasserheit, 1992; cit. Hobfoll, 2002).

Questionário sobre o Uso de Álcool e Drogas de Hobfoll e col. (2002)

Em cada avaliação foi registada a frequência de utilização de bebidas alcoólicas (todas as formas: cerveja, vinho, whisky) ou uso de drogas nos seguintes intervalos de tempo: últimas duas semanas e últimos dois meses, assim como o número de ocasiões em que beberam 4 ou mais bebidas com álcool e beberam álcool antes de terem relações

sexuais (6 itens) (e.g., “Durante as últimas duas semanas, quantas vezes ...bebeu 1 ou mais tipos de bebida com álcool: cerveja, vinho, whisky?”).

Adicionalmente, foram considerados mais quatro itens relativos aos mesmos períodos de avaliação (últimas duas semanas e últimos dois meses) que avaliam a frequência do uso de drogas (e.g., marijuana, cocaína) e o uso das mesmas antes de terem relações sexuais (e.g., “Durante as últimas duas semanas, quantas vezes ... usou drogas antes de ter relações sexuais?”).

4.6.15 Escala de Auto-Estima (*Self-Esteem Scale* - SES)

Versão Original

A utilização empírica do termo “auto-estima” pode levar a distorções na sua definição, sendo então essencial recorrer a uma definição mais precisa e mensurável. O conceito de auto-estima tal como é definido por Rosenberg (1965) representa uma atitude positiva ou negativa face ao *self*, revelando-se um indicador de respeito por si próprio. “Auto – estima elevada”, segundo este autor, assume uma conotação de “*o sujeito sente que é suficientemente bom*” (p.30) não significando que o sujeito se considera melhor ou pior do que os restantes; antes pelo contrário, o indivíduo é capaz de reconhecer as suas limitações, tentando aperfeiçoar-se continuamente. Por exemplo, alguém que se sinta mediano mas contente com o seu desempenho. Uma baixa auto-estima acarretaria insatisfação, recusa e desprezo pelas qualidades pessoais, representando uma auto-percepção negativa, desejando muitas vezes ser-se outra pessoa ou diferente. A auto-estima representa apenas uma das componentes do auto-conceito, resultando da totalidade de pensamentos e sentimentos que o sujeito desenvolve em referência a si próprio como objecto. Outras componentes do auto-conceito são por exemplo a auto-eficácia ou mestria, identidades do *self* (*self-identities*).

A *Self-Esteem Scale* de Rosenberg (1965) foi originalmente desenvolvida (1960) e aferida numa amostra de 5.402 estudantes de liceu (*High School Juniors and Seniors*), amostra randomicamente seleccionada em 10 escolas do Estado de Nova York. Trata-se de uma escala com ampla divulgação na pesquisa de Ciências Sociais. Foi construída como uma Escala de *Guttman*, o que significa que os itens procuram representar um *continuum* de afirmações sobre o valor pessoal, desde afirmações típicas de sujeitos com baixa auto-estima a afirmações que decorrem de uma valorização elevada da auto-estima. A Escala de *Guttman* avalia a auto-estima através do

preenchimento de dez itens, sendo este construto entendido de forma unidimensional, ou seja, um continuum com extremos na baixa auto-estima e elevada auto-estima. Os itens são formulados na positiva ou negativa de forma alternada para que haja diminuição do enviesamento nas respostas, sendo classificados através de uma escala quatro pontos (Concordo totalmente; Concordo; Discordo; Discordo totalmente). A escala de *Guttman* garante a unidimensionalidade através do estabelecimento de um padrão, que deve ser determinado antes da aceitação da escala. Ou seja, a adequação de cada item não está determinada antecipadamente pela sua relação com a pontuação total, mas através do seu padrão relacional com todos os itens da escala. O leque de resultados possível varia de 0 a 30, com o máximo a indicar elevada auto-estima.

O estudo de Rosenberg (1965) refere um nível de consistência interna de .85 no teste-reteste. Blascovich, Tomaka (1993) e Rosenberg (1986) sugerem elevada fidelidade apresentando correlações teste-reteste na ordem dos .82 a .88, e um leque de alfa de *Cronbach* variando de .77 a .88 para a consistência interna.

A escala de auto-estima foi estudada analisando-se as correlações com outras variáveis psicológicas teoricamente relevantes e associadas como a observação de sintomatologia depressiva (avaliada por Escalas de *Leary* e Escala de *Guttman* de "afecto depressivo"), neuroticismo, reputação entre os pares, as atitudes interpessoais, a participação no grupo, a liderança, entre outras variáveis.

Estudos de validade demonstraram tanto uma estrutura unidimensional como estrutura de dois factores (*self-confidence* e *self-deprecation*), dependendo de condicionantes como a idade (Rosenberg, 1965). Por exemplo, numa amostra de adultos obtêm-se duas dimensões da auto-estima independentes (Kaplan & Pokomy, 1969; cit. por Rosenberg, 1965). Noutro estudo, os investigadores (Shahani et al., 1990; cit. por Rosenberg, 1965) nomearam estas dimensões como *self-derrogation* e *self-enhancement*.

É conhecida uma adaptação da Escala para a população portuguesa realizada por Peixoto (1984) junto de uma amostra de 305 alunos do 9º ano de escolas de Braga, e posteriormente (1986) a sua aplicação em 701 alunos. O leque de resultados varia entre 0 pontos (Auto-Estima Elevada) e 6 pontos (Baixa Auto-Estima). Neste mesmo estudo não são referidos dados de validação. No presente estudo foi utilizada a versão original de Rosenberg (1965), tal como o respectivo método de cotação (somatório dos itens que pode variar de 0 a 30).

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas da Escala de Auto-Estima (SES) nesta amostra foi utilizada uma versão experimental portuguesa de McIntyre & Veiga Costa (2002). Esta versão é constituída pelos 10 itens da escala original, com o mesmo método de cotação numa escala de quatro pontos, onde a cotação varia entre 3 (concordo totalmente), 2 (concordo), 1 (discordo) e 0 (discordo totalmente) (cf., Instrumento 16). Os itens são respondidos numa escala tipo *likert* variando de discordo totalmente (0) a concordo totalmente (3).

As características psicométricas da SES, na versão portuguesa utilizada, foram determinadas por uma avaliação da fidelidade e validade semelhante à escala original, e de outros estudos citados anteriormente, para efeitos de comparação. Como para os restantes instrumentos foram utilizados os dados obtidos no 1º momento de avaliação (pré-teste, antes da intervenção preventiva).

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o *alfa de Cronbach*, para o total da escala, tal como efectuado pelo autor da escala original. No quadro 42 é apresentado o coeficiente de consistência interna de *Cronbach* da SES para o total da escala (SES – Total).

A análise das correlações para a SES – Total revela que todos os itens apresentam correlações acima de .55 com o total da escala, variando dos .55 aos .75. O coeficiente de fidelidade para a SES – Total é de .89, revelando uma elevada consistência interna desta escala. O valor obtido é elevado e semelhante ao encontrado noutros estudos (Blascovich & Tomaka, 1993; Rosenberg, 1986: leque de alfa de *Cronbach* variando de .77 a .88 para a consistência interna).

Quadro 42

Resultados da análise de consistência interna da SES – Total (N=200)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1. Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos ao nível dos outros.	.63	.88
2. Sinto que tenho várias boas qualidades.	.56	.89
3. Em geral, estou inclinada a sentir que sou uma falhada.	.75	.87
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como as outras pessoas.	.62	.88
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	.69	.88
6. Assumo uma atitude positiva em relação a mim própria.	.65	.88
7. No geral, estou satisfeita comigo própria.	.57	.89
8. Gostaria de ter mais respeito por mim própria.	.55	.89
9. Por vezes, sinto-me inútil.	.69	.88
10. Por vezes, penso que não sou boa em nada.	.70	.88
Total da Escala (10 itens)		.89

Validade

A validade de construto foi estudada recorrendo à análise factorial de componentes principais seguida de rotação varimax. A análise dos valores obtidos pelo KMO (.863) e pelo TEB (942.6; $p < .000$) confirmam os critérios psicométricos para a realização da análise factorial. Retendo-se todos os itens, uma vez que as saturações são superiores a .52 (variam entre .52 a .85) confirma-se a unidimensionalidade da escala, pois verifica-se que 1 factor explica 50.63% da variância total (*eigenvalue* de 5.06). Os resultados desta análise revelam que os 10 itens da versão original se organizam num

factor de acordo com o modelo original de Rosenberg (1965), reforçando a unidimensionalidade da escala (Quadro 43).

Quadro 43

Estrutura Factorial da Escala de Auto-Estima (SES), versão experimental (N=200)

Factor 1 – Auto-Estima Eigenvalue: 5.063 Variância explicada: 50.63%	Carga Factorial
Itens	
1. Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos ao nível dos outros.	.65
2. Sinto que tenho várias boas qualidades.	.59
3. Em geral, estou inclinada a sentir que sou uma falhada.	.85
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como as outras pessoas.	.63
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	.82
6. Assumo uma atitude positiva em relação a mim própria.	.68
7. No geral, estou satisfeita comigo própria.	.72
8. Gostaria de ter mais respeito por mim própria.	.52
9. Por vezes, sinto-me inútil.	.74
10. Por vezes, penso que não sou boa em nada.	.84

Neste estudo foi estudada a validade convergente e discriminante através das correlações entre a SES – Total e o Suporte Social (total), entre a SES – Total e o COR-E (Perda de recursos - total e sub-escalas) e, por fim, entre a SES – Total e o CES-D (Depressão - total e sub-escalas), encontrando-se os resultados descritos no quadro 44.

Quadro 44

Coeficientes de correlação de Pearson entre a SES – Total e a ESS, COR-E e CES-D
(N=200)

Variáveis	Auto-estima, escala total
ESS – Total	.356**
COR-E – Total	-.249**
• Stress social	-.308**
• Stress Saúde	-.218**
• Stress Tempo	-.167*
• Condições Domésticas	-.186**
• Stress Financeiro	-.195**
CES-D – Total	-.571**
• Afecto Depressivo	-.539**
• Afecto Positivo	-.532**
• Sintomas Somáticos	-.368**
• Interpessoal	-.411**

** . $p < .01$

* . $p < .05$

Os coeficientes de correlação de *Pearson* entre a SES – Total e as escalas de Suporte Social (ESS), Perda de Recursos (COR-E) e de Depressão revelam que estas escalas se correlacionam no sentido esperado, ou seja, o suporte social correlaciona-se significativa e positivamente com a auto-estima ($r=.356^{**}$), a perda de recursos e a depressão correlacionam-se de modo negativo e significativo com a auto-estima ($r=-.249^{**}$ para o COR-E; $r=-.571^{**}$ para o CES-D).

Neste âmbito, o padrão de correlações obtidos neste estudo, vai de encontro aos encontrados em estudos de Rosenberg (1965) já descritos.

Em conclusão, a análise das propriedades psicométricas da SES nesta amostra, revela uma boa fidelidade do instrumento, e o estudo da validade de construto confirma a unidimensionalidade da escala preconizada pelo autor e confirmada pelos diversos estudos. Embora os dados obtidos neste estudo não constituam a validação final do instrumento para a população portuguesa, pode constituir-se como referência para estudos futuros.

4.6.16 Escala de Auto-Relato de Sintomatologia de PTSD (*PTSD Symptom Scale: self-reported* - PSS-SR)

Versão Original

O *PTSD Symptom Scale: self-reported* foi desenvolvido por Foa e colaboradores (1993) para avaliar a presença e severidade de sintomatologia de Perturbação de Stress Pós-Traumática (PTSD) nos indivíduos que possuem história de trauma. No estudo e descrição das características psicométricas do instrumento os autores (Foa et al., 1993) descrevem duas versões da *PTSD Symptom Scale* (PSS) construídas para serem utilizadas com vítimas de estupro/ameaça: uma entrevista semi-estruturada e um instrumento de auto-relato.

A escala PSS contém 17 itens que diagnosticam a PTSD de acordo com os critérios do DSM-III-R (os critérios do DSM-IV são idênticos; DSM-IV, 1994) e avaliam a severidade da sintomatologia da PTSD. Isto significa que cada item corresponde a um dos 17 critérios de diagnóstico para PTSD do DSM-III-R. A presença de PTSD nas últimas duas semanas é classificada numa escala de 4 pontos: 0 = nada, 1 = um pouco, 2 = moderadamente, e 3 = muito. O *score* total de severidade é calculado através da soma das classificações de severidade para os 17 itens. Os *scores* de severidade para as dimensões da PTSD foram calculados como a soma das classificações de severidade para os sintomas de cada dimensão de sintomatologia de PTSD. Seguindo a lógica do DSM-III-R (idêntica à do DSM-IV, 1994), os itens do PSS foram agrupados pelos autores de acordo com as seguintes dimensões de sintomas: *reviver* (5 itens), *evitamento* (7 itens) e *activação* (5 itens). Por conseguinte, o diagnóstico de PTSD é efectuado quando se encontram presentes pelo menos um sintoma de reviver, três de evitamento e dois de activação. No estudo de Foa, Riggs, Dancu e Rothbaum (1993), um sintoma era classificado como presente se o item do PSS correspondente ao sintoma fosse cotado como 1 ou mais na referida escala de 4 pontos. Quer a medida de *PTSD Symptom Scale – Interview* (PSS-I), quer a de *PTSD Symptom Scale – Self-Report* (PSS-SR), possuem a mesma estrutura e cotação, por esta razão não são efectuadas descrições isoladas. O PSS é um instrumento breve, contrastando com a *Structured Clinical Interview* (SCID; Spitzer et al., 1989; cit por Foa et al., 1993), uma vez que um entrevistador treinado demora apenas 5-10 minutos a administrar o PSS-I/SR.

Na validação do instrumento foram administradas uma entrevista e uma versão de auto-relato do PSS a uma amostra de 118 vítimas femininas de violação recente e de

trauma não sexual, entre outros instrumentos (e.g., STAI, BDI). Os resultados das análises de consistência interna do estudo de Foa e col. (1993) indicam um alfa de *Cronbach* para o PSS-I de .85 para a escala total. A média da correlação dos itens com o total da escala foi de .45, variando dos .11 aos .62. Os coeficientes de alfa para as sub-escalas de sintomas foram os seguintes: .69 para reviver, .65 para o evitamento, e .71 para a activação.

O alfa de *Cronbach* para o PSS-SR foi calculado com 44 mulheres vítimas de abuso nas últimas duas semanas, sendo o alfa para a escala PSS-SR total de .91. A média da correlação dos itens com o total da escala foi de .60, variando de .27 a .77. Os coeficientes alfa de *Cronbach* para as sub-escalas foram de .78, .80, e .82 para as sub-escalas reviver, evitamento e activação, respectivamente. Assim, esta versão da escala apresenta melhor fidelidade do que o PSS-I.

Os estudos de fidelidade teste-reteste do total do PSS-SR no seguimento de um mês (Foa et al., 1993), foram efectuados com 29 sujeitos que completaram o PSS-SR, sendo a fidelidade teste-reteste do total do PSS-SR de .74. A sub-escala reviver obteve uma fidelidade teste-reteste de .66, a evitamento de .56, e a de activação .71, o que indica boa estabilidade temporal.

Outros estudos sobre a validade convergente foram realizados entre a versão do PSS-SR e as medidas de IES (*Impact of Event Scale*), RAST (*Rape Aftermath Symptom Test*), BDI (*Beck Depression Inventory*) e STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) através dos coeficientes de correlação de *Pearson*. Foa e col. (1993) verificaram que as correlações do PSS-SR com as medidas de psicopatologia eram ligeiramente mais elevadas do que aquelas encontradas para o PSS-I (*Interview*), reforçando a validade do instrumento. Mais concretamente, verificaram que o *score* total do PSS-SR se correlacionava significativamente com todas as medidas afins: RAST total ($r = .81$, $p < .001$), IES invasão ($r = .81$, $p < .001$), BDI ($r = .80$, $p < .001$), IES evitamento ($r = .53$, $p < .001$), STAI traço ($r = .56$, $p < .001$), e STAI estado ($r = .52$, $p < .001$). Os resultados das sub-escalas do PSS-SR também se encontravam relacionadas de modo significativo com as medidas de auto-relato de sintomatologia (Foa et al., 1993).

Em relação à validade concorrente, Foa e col. (1993) compararam diagnósticos baseados no PSS a diagnósticos de PTSD baseados na *Structured Clinical Interview* (SCID; Spitzer et al., 1989). Neste sentido, 36 sujeitos foram avaliados com a SCID e completaram o PSS-SR. Treze destes sujeitos foram diagnosticados com PTSD com base na SCID, sendo que 8 dos 13 também foram diagnosticados como tendo PTSD

com base na PSS-SR resultando numa sensibilidade de 62%. Adicionalmente, a PSS-SR identificou correctamente todos os 26 sujeitos que não foram diagnosticados com PTSD de acordo com a SCID, sendo a especificidade da PSS-SR de 100%. No geral, a PSS-SR identificou de modo correcto o estatuto de PTSD de 86% dos sujeitos.

Concluindo, a escala total PSS-SR possui boa consistência interna (.91), assim como cada sub-escala, boa fidelidade teste-reteste e validade convergente (Norris e Riad, 1997; Hobfoll, 2002).

Características Psicométricas da Amostra em Estudo

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do *PTSD Symptom Scale Self-Reported* (PSS-SR) (Foa et al., 1993) nesta amostra foi utilizada uma versão experimental portuguesa de McIntyre & Veiga Costa (2002) traduzida para a língua portuguesa pelas autoras, que inclui a avaliação da PTSD actual (últimas duas semanas) e passada (pior período). Tal como na versão original, os 17 itens são respondidos numa escala de quatro pontos (0=“*nada*” a 3= “*muito*”). São também avaliadas as três dimensões: reviver (5 itens), evitamento (7 itens) e activação (5 itens). São exemplos da estrutura dos itens: “*sentir-se distante ou afastada das pessoas à sua volta*” (item 237) ou “*tentar não pensar, não falar ou ter sentimentos sobre ter sido sexualmente abusada*” (item 233) (cf. instrumento 17, 18). Os itens que constituem as sub-escalas da PSS-SR encontram-se apresentados no quadro 45.

Quadro 45

Sub-escalas do PSS-SR e respectivos itens

Sub-escalas	N.º de Itens
Reviver (itens 228,229, 230, 231, 232)	5
Evitamento (233, 234, 235, 236, 237, 238, 239)	7
Activação (240, 241, 242, 243 e 244)	5

Não foi possível efectuar análises relativas às características psicométricas da PSS-SR na amostra em estudo devido ao rácio entre o número de itens da escala (17) e o número de mulheres que efectivamente possuíam PTSD (n=36). Como veremos na parte empírica, a baixa taxa de PTSD implicou a impossibilidade de incluir esta variável como variável de resultado.

4.6.17 Questionário de abuso sexual na idade adulta

Versão Original

O *abuso sexual na idade adulta* foi medido usando os seis itens relevantes do *National Women's Study* (Resnick et al., 1993), incluindo 4 itens para detecção de violação, um item para assédio sexual e um item para tentativa de ameaça sexual. Estes itens são respondidos relativamente à ocorrência (nunca), primeira ocorrência, ocorrência mais recente e o número total de ocorrências.

Este instrumento tem apenas características e objectivos descritivos, fazendo parte de um inquérito (*survey*). Por esta razão, refere-se apenas a prevalência de violação, de assédio sexual e de ameaça sexual na amostra em estudo (Quadro 46).

Quadro 46

Prevalência de violação, assédio sexual e de ameaça sexual (N=200)

	n	%
Detecção de violação	11	5.5
Assédio sexual	37	18.5
Ameaça sexual	7	3.5
Nenhum	145	72.5

4.6.18 Questionário de Trauma Infantil (*Childhood Trauma Questionnaire* - CTQ)

Versão Original

O *Childhood Trauma Questionnaire* é uma medida retrospectiva do abuso e negligência na infância desenvolvida por Bernstein e col. (1994). É um instrumento de auto-relato, desenvolvido com o objectivo de proporcionar uma avaliação breve, de confiança e válida de um vasto leque de experiências traumáticas na infância (e.g., negligência) não se reportando apenas a formas específicas de abuso (físico ou sexual) ou uma perspectiva dicotómica dos eventos (como por exemplo, ocorrência/não vs estudo de dimensões contínuas como a frequência, duração, etc), limitações impostas por métodos mais tradicionais de avaliação. Contrasta ainda com outros instrumentos por apresentar estudos que comprovam validade de critério adequada (e.g., avaliação com critérios independentes realizada por terapeutas ou outros informantes) na análise de um fenómeno potencialmente sujeito a enviesamentos como as memórias de histórias de maus-tratos (Bernstein et al., 2003).

O CTQ é um instrumento de auto-relato de 70 itens. Após uma extensiva revisão da literatura, Bernstein e Fink seleccionaram os itens que reflectiam abuso físico, emocional e sexual, negligência física e emocional, e aspectos relacionados com a disfunção familiar (e.g., abuso de substâncias). Assim, surgiu o CTQ original onde as respostas são classificadas numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos de acordo com a frequência com que os acontecimentos ocorreram. As opções de resposta variam de “nunca verdadeiro” a “muitas vezes verdadeiro”, obtendo-se a pontuação global através da soma directa dos itens. O questionário requer 10 a 15 minutos a administrar e pode ser aplicado a adultos e adolescentes em contextos clínicos. Uma versão mais breve do CTQ inclui 28 itens (Bernstein et al., 2003). A versão utilizada neste estudo é uma versão mais breve (14 itens) utilizada por Hobfoll no *Women's Health Study* (2002).

Quanto às características psicométricas, o estudo inicial de fidelidade e validade do CTQ (Bernstein et al., 1994) foi realizado com 286 pacientes com dependência de álcool e drogas. De acordo com os autores, esta população foi escolhida para o estudo devido “à elevada prevalência de abuso e negligência esperada, tornando-a apropriada para os estudos de análise factorial do CTQ, tal como pelo interesse específico no papel do trauma na infância na patogénese das desordens do uso de substâncias” (p. 1132). Os factores do CTQ foram derivados de modo empírico e validados face a uma entrevista estruturada do trauma infantil, a *Childhood Trauma Interview* (CTI). Adicionalmente, o estudo original efectuou análises de fidelidade teste-reteste num sub-grupo de 40 pacientes, tendo-lhes sido readministrado o questionário em intervalos de 2 e 6 meses.

No que concerne à fidelidade (Bernstein et al., 1994), o alfa de *Cronbach* para os quatro factores revela elevados níveis de consistência interna, variando entre .79 para o factor negligência física, e .94 para o factor abuso físico e emocional (.92 para o abuso sexual e .91 para a negligência emocional), assumindo o valor de .95 na escala total.

No que se refere à validade de construto do CTQ, a análise de componentes principais das respostas ao CTQ produziu quatro factores por rotação varimax representando 47.6% da variância total dos resultados. Os quatro factores correspondem às áreas de conteúdo dos itens do CTQ: abuso físico e emocional (23 itens), negligência emocional (16 itens), abuso sexual (6 itens) e negligência física (11 itens).

A versão mais breve do CTQ (Bernstein et al., 2003) possui um total de 28 itens (25 itens representativos das dimensões e 3 itens constituindo uma escala de validade “minimização/negação” para resolver o problema de subestimação (*underreporting*) dos maus tratos). O modelo de estrutura factorial da versão breve detectado na amostra de

1.978 sujeitos participantes (Bernstein et al., 2003), clinicamente referidos (ou não) (diversidade de idades, género, etnia, psicopatologia, experiências de vida), apoia a existência de um quinto factor que corresponde à separação do abuso físico e emocional. Assim a estrutura factorial da versão breve seria: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional, e negligência física. Os autores reportam dados sobre a fidelidade das cinco sub-escalas para as quatro amostras em estudo que varia entre .84 e .89 para o abuso emocional, varia entre .81 e .86 para o abuso físico, entre .92 e .95 para o abuso sexual, entre .85 e .91 para a negligência emocional e entre .61 e .78 para a negligência física (Bernstein et al., 2003). A versão que foi utilizada é a adaptada por Hobfoll e col. (2002) no *Women's Health Study Questionnaire*, que contém apenas 11 itens desta versão breve.

O CTQ original demonstrou bons níveis de fidelidade no teste-reteste num intervalo de 2 a 6 meses, quer nos factores individuais ($r=.80 - .83$), quer na escala total ($r=.88$). As intercorrelações entre os factores do CTQ variaram de .25 a .58, com uma média de .47 (Bernstein et al., 1994).

Ao nível da validade convergente, verificou-se que os resultados do abuso sexual no CTQ estavam positiva e significativamente correlacionados com a severidade do abuso sexual na *Childhood Trauma Interview* (CTI) ($r=.32$; $p<.01$), enquanto os resultados do abuso físico e emocional do CTQ estavam significativamente correlacionados com o abuso físico na CTI ($r=.61$; $p<.01$).

Em suma, os resultados do estudo original proporcionam apoio face à fidelidade e validade do CTQ. Os quatro factores exibem, na perspectiva dos autores, elevados níveis de validade facial, de consistência interna e fidelidade teste-reteste em intervalos de 2 e 6 meses. O CTQ também possui uma boa validade convergente com a entrevista estruturada (avaliação da severidade e frequência do abuso físico e sexual), tal como boa validade discriminante com medidas de inteligência verbal e desejabilidade social. Bernstein e col. (1994) concluem que o questionário é adequado para populações adultas e a adolescentes de contextos clínicos ou normativos, possuindo qualidades psicométricas que garantem a sua validade e sugerem indícios promissores na predição de dificuldades psicológicas e funcionais mais tarde na vida, proporcionando apoio inicial para a fidelidade e validade do CTQ. No entanto, não se possuem dados completos sobre a versão breve, nem da versão por nós utilizada de Hobfoll e col. (2002), o que reafirma a necessidade de realizar um estudo de validade na população portuguesa.

Características Psicométricas na Amostra em Estudo

No nosso estudo foi utilizada uma versão experimental portuguesa de McIntyre e Veiga Costa (2002) constituída por 11 de 14 itens da escala original adoptados por Hobfoll e col. (2002) no *Women's Health Study Questionnaire*. Os itens são respondidos numa escala de 5 pontos (0 = “nunca verdadeiro”, 1 = “raramente verdadeiro”, 2 = “às vezes verdadeiro”, 3 = “frequentemente verdadeiro” e 4 = “muitas vezes verdadeiro”) e avaliam o abuso físico/emocional (5 itens) e o abuso sexual (6 itens). São exemplos do conteúdo dos itens: “Quando tinha 15 anos ou menos, as pessoas da minha família batiam-me com tanta força que me deixavam com pisaduras ou marcas” – item 268, cf. Instrumento 20). Os itens que constituem as sub-escalas do CTQ encontram-se no quadro 47.

Quadro 47

Sub-escalas e respectivo número de itens do CTQ utilizado neste estudo

Sub-escalas	N.º de Itens
Abuso Físico-Emocional (Itens: 268, 270, 272, 274, 276)	5
Abuso Sexual (Itens: 278, 280, 282, 284, 286, 288)	6

As características psicométricas do CTQ, na versão portuguesa utilizada, foram determinadas por uma avaliação da fidelidade e validade, à semelhança da escala original. Neste estudo, foram utilizados os dados obtidos no 1º momento de avaliação (pré-teste, antes da intervenção preventiva), para se proceder à análise das propriedades psicométricas do CTQ.

Fidelidade

No sentido de avaliar a consistência interna da escala foi calculado o alfa de *Cronbach*, separadamente para as sub-escalas abuso físico-emocional e abuso sexual, tal como efectuado pelos autores da escala original. No quadro 48 e 49, são apresentados respectivamente os coeficientes de consistência interna de *Cronbach* do CTQ, para a sub-escala abuso físico-emocional e abuso sexual.

Quadro 48

Resultados da análise de consistência interna do CTQ - Abuso Físico e Emocional (N=200)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Quando eu tinha 15 anos ou menos:		
1. As pessoas da minha família batiam-me com tanta força que me deixavam com pisaduras ou marcas.	.54	.70
2. Os castigos que recebi pareceram-me cruéis.	.57	.67
3. Fui castigada com um cinto, uma tábua, corda ou algum objecto duro.	.47	.71
4. Alguém da minha família berrou e gritou comigo.	.48	.71
5. As pessoas da minha família disseram-me coisas que me magoaram ou que me insultaram.	.58	.66
Total da Escala		.74

A análise das correlações dos itens do CTQ – abuso físico e emocional com o total da escala (sem o item), revelou que todos os itens apresentavam correlações acima de .47, variando dos .47 aos .58. Nas correlações do CTQ – abuso sexual com o total da escala, os valores obtidos situam-se acima dos .24, variando dos .24 aos .63. O coeficiente de fidelidade para a sub-escala CTQ – abuso físico e emocional é de .74 e para a sub-escala CTQ – abuso sexual é de .72, o que revela uma adequada consistência interna em ambos os casos.

Quadro 49

Resultados da análise de consistência interna do CTQ – Abuso Sexual (N=200)

Itens	Correlação do item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Quando eu tinha 15 anos ou menos:		
6. Acredito que fui abusada sexualmente.	.24	.75
7. Alguém me molestou sexualmente ao tocar os meus seios, vagina ou ânus.	.63	.64
8. Alguém pôs o pênis, dedos, ou objectos na minha boca, vagina, ou ânus contra a minha vontade.	.29	.73
9. Alguém tentou que eu tivesse comportamentos sexuais ou que observasse actos sexuais.	.59	.64
10. Alguém tentou tocar-me de forma sexual ou tentou forçar-me a tocar-lhe.	.59	.64
11. Alguém ameaçou que iria magoar-me ou dizer mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual com essa pessoa.	.45	.69
Total da Escala		.72

Validade

A validade de construto foi estudada recorrendo à análise factorial de componentes principais seguida de rotação *varimax*. Após a extracção e rotação, dois factores com *eigenvalues* superiores a 1, emergem da análise do CTQ-Total (Quadro 50), confirmando a bidimensionalidade desta escala. O primeiro factor explica 24.28% da variância total (*eigenvalue* de 3.35) e o segundo factor explica 23.4% da variância total (*eigenvalue* de 1.89), explicando no seu conjunto mais de 47% da variância total inicial (47.68%). Os resultados desta análise revelam que os 11 itens, de uma versão mais reduzida face à original, se organizam pelos dois factores de acordo com o modelo

original de Bernstein e col. (1994), ou seja, encontram-se presentes dois dos quatro factores: abuso físico e emocional, e abuso sexual.

Quadro 50
Estrutura factorial do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), versão experimental (N=200)

Factor 1 – Abuso Físico e Emocional <i>Eigenvalue: 3.35</i> Variância explicada (após rotação): 24.28%	
Item 1	.763
Item 2	.747
Item 5	.722
Item 3	.649
Item 4	.642
Factor 2	
Factor 2 – Abuso Sexual <i>Eigenvalue: 1.89</i> Variância explicada (após rotação): 23.4%	
Item 7	.798
Item 10	.761
Item 9	.749
Item 11	.604
Item 8	.433
Item 6	.420
Variância total explicada após rotação: 47.68%	

Neste estudo foram analisadas as correlações entre as sub-escalas abuso físico-emocional e abuso sexual, verificando-se que estes são significativos mas baixos.

Em termos de validade convergente/discriminante, neste estudo foram também analisadas as correlações entre as duas dimensões do CTQ (abuso físico-emocional e abuso sexual) e um conjunto de instrumentos: a CES-D Total (depressão), a PSS-SR – Total (PTSD), a GSES (auto-eficácia) e a SES (auto-estima). Os resultados encontram-se descritos no Quadro 51.

Quadro 51

Coeficientes de correlação de *Pearson/Spearman* (1) entre as sub-escalas do CTQ e a CES-D, PSS-SR, GSES e a SES (N=200)

	Abuso Físico/Emoc.	Abuso Sexual	CES-D	PSS-SR	GSES	SES
Abuso Físico-Emocional	1	.284**	.387**	.258**	-.231**	-.259**
Abuso Sexual	.284**	1	.221**	.483**	-.106	-.100

** . $p < .01$

(1) Coeficiente de correlação de *Pearson* ou de *Spearman*, conforme a distribuição das variáveis (paramétrica ou não paramétrica).

Verifica-se uma correlação positiva e significativa entre as sub-escalas do CTQ e a CES-D e a PSS-SR. Mais concretamente, o abuso físico-emocional e o abuso sexual correlacionam-se de modo positivo e significativo com a depressão ($r=.387^{**}$ e $r=.221^{**}$, $p<.01$) e com a perturbação de *stress* pós-traumático ($r=.258^{**}$ e $r=.483^{**}$; $p<.01$). A sub-escala abuso físico e emocional correlaciona-se de modo negativo e significativo com a auto-eficácia ($r= -.231^{**}$; $p<.01$) e com a auto-estima ($r= -.259^{**}$; $p<.01$).

Em conclusão, a análise das propriedades psicométricas da versão parcial da PSS-SR nesta amostra, revela uma boa fidelidade do instrumento, e o estudo da validade confirma os factores propostos pelos autores e confirmados pelos diversos estudos (Bernstein et al., 1994, 2003).

4.7 Procedimentos Estatísticos

Após a colheita de dados, estes foram lançados numa base de dados informática e processados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* – versão 12.0; 14.0).

Os dados relativos à caracterização da amostra, foram obtidos a partir da estatística descritiva, análises de distribuições e frequências. Para dar resposta às questões de investigação, foram utilizados vários tipos de procedimentos e análises estatísticas, de acordo com o tipo de questão colocada.

As respostas às questões de investigação passaram em primeiro lugar pelo estudo da existência ou não dos corolários para aplicação de estatística paramétrica, isto é, as variáveis dependentes serem de natureza intervalar, seguirem uma distribuição normal e existir homogeneidade de variância na distribuição da variável independente em relação à dependente (Almeida & Freire, 1997).

Nas hipóteses do estudo em questão recorreu-se à estatística paramétrica quando os parâmetros de normalidade da distribuição e homogeneidade de variância se encontravam respeitados e simultaneamente à estatística não paramétrica quando os mesmos parâmetros não são respeitados. Para analisar a normalidade da distribuição das variáveis foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, assim como a determinação da assimetria e curtose das distribuições, tendo algumas variáveis apresentado uma distribuição normal ou próxima da normalidade (e.g., auto-eficácia geral) e outras violado estes parâmetros (e.g., barreiras face ao sexo seguro).

Para efectuar uma adequada avaliação da eficácia dos programas de intervenção (Didáctica e ACCENT), é importante analisar as diferenças entre os grupos de intervenção e o grupo de controlo no momento pré-intervenção. Neste sentido, espera-se que ambos os grupos se apresentem como equivalentes no pré-teste de modo a que se possamos atribuir à intervenção os ganhos alcançados no momento pós-intervenção e respectiva manutenção no seguimento de seis meses. Para avaliar a possível existência de diferenças significativas entre estes três grupos no pré-teste foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* para as variáveis não paramétricas. Foram utilizadas ANOVAS para os valores totais das escalas e MANOVAS para o conjunto das sub-escalas de uma escala, no caso de medidas que seguem uma distribuição paramétrica. No caso de diferenças significativas entre os três grupos, foram feitas análises de *post hoc* de Bonferroni. Em relação às variáveis não paramétricas, a comparação dos grupos dois a dois foram feitas através de testes U de *Mann-Whitney*.

De forma a testar o impacto a curto prazo (imediatamente após as intervenções – Hipótese 1) dos programas de intervenção aqui testados quer nas variáveis de bem-estar, quer nas variáveis sociais e cognitivas, quer nas variáveis de comportamento, em relação às variáveis que seguem uma distribuição normal, esta hipótese foi testada recorrendo a testes paramétricos de análises de medidas repetidas em dois momentos, para os três grupos (MANOVAS). Assim, para analisar a significância das diferenças entre o grupo ACCENT, o grupo de Intervenção Didáctica e o grupo de Controlo, foram

utilizadas análises de multivariância (MANOVAS) para medidas repetidas (pré-teste e pós-teste) tendo como factores as variáveis grupo e tempo, e como variáveis dependentes as variáveis psicossociais de resultado previamente mencionadas (por exemplo, a auto-eficácia). Em termos do teste de hipóteses, o nosso foco foi nos efeitos do grupo e das interacções *tempo*×*grupo*. Os resultados do efeito *tempo* não foram descritos uma vez que não são relevantes para a hipótese a testar. Sempre que o efeito *grupo* ou *tempo*×*grupo* foi significativo ($p \leq .50$), realizaram-se testes *post hoc* de Bonferroni. As restantes medidas, que não seguem uma distribuição normal, foram testadas com testes não paramétricos, nomeadamente através do teste de *Wilcoxon* (medidas repetidas em 2 momentos: pré-teste e pós-teste). A comparação dos grupos dois a dois foi feita utilizando o teste U de *Mann Whitney*.

Para testarmos a hipótese 2, ou seja, para analisar a significância das diferenças entre o grupo ACCENT e o grupo de Intervenção Didáctica, nas variáveis que seguem uma distribuição normal, foram utilizadas análises de multivariância (MANOVAS) para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) tendo como factores as variáveis grupo e tempo e como variáveis dependentes as variáveis psicossociais de resultado previamente mencionadas (por exemplo, a auto-eficácia). Foram novamente salientados os efeitos de *grupo* e os efeitos de interacção *tempo*×*grupo*. Para esta hipótese foram também descritos os efeitos significativos da variável tempo, uma vez que demonstram a evolução do pré para o pós-teste nas variáveis consideradas, independentemente do tipo de intervenção. No sentido de testar a hipótese 2 nas variáveis não paramétricas foi utilizado o teste de *Wilcoxon*, desenhado para uso com medidas repetidas (Pallant, 2001).

Para analisar a manutenção dos ganhos a médio e a longo prazo (seguimento de seis meses, Hipótese 3), foram utilizadas análises de multivariância (MANOVAS) para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, seguimentos de 3 e 6 meses) tendo como factores as variáveis grupo e tempo, e como variáveis dependentes as variáveis psicossociais de resultado previamente mencionadas (por exemplo, a auto-eficácia). Em termos da avaliação da eficácia a longo prazo, o nosso foco foi nos efeitos de *grupo* e nos efeitos de interacção *tempo*×*grupo*. No sentido de saber se existe uma mudança no tempo (pré-teste, pós-teste, seguimentos de 3 e 6 meses) nas variáveis não paramétricas, utilizámos o teste de *Friedman*.

Para investigar a influência das variáveis sócio-demográficas na eficácia das intervenções ACCENT e Didáctica (análises exploratórias), no que respeita às variáveis paramétricas, foram utilizados testes multivariados do tipo Manovas – medidas repetidas (e.g., *tempo* × *grupo* × *idade*). Considerou-se a influência destas variáveis nas mudanças a curto prazo (pré e pós-teste) e a longo prazo (pré-teste e seguimento de 6 meses). Com a finalidade de investigar os efeitos moderadores salientamos os efeitos *tempo* × *grupo* × *variável sócio-demográfica*. Nas variáveis não paramétricas, recorreu-se a testes U de *Mann-Whitney* para grupos independentes. Estes testes utilizaram novas variáveis intituladas DIF. Constituíram-se novas variáveis (DIF) para cada variável de resultado, correspondentes à diferença entre os valores de pré e pós-teste [(pós-pré)²] para os efeitos a curto prazo e à diferença entre os valores de pré-teste e seis meses para os efeitos a longo prazo [(seis meses-pré)²].

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados que vamos apresentar em seguida dizem respeito às análises estatísticas dos dados recolhidos e estão organizados de forma a dar resposta às questões de investigação que orientaram este estudo, bem como a testar as hipóteses previamente formuladas. Também serão apresentados os resultados referentes às análises exploratórias realizadas.

Neste capítulo apresenta-se uma descrição dos resultados e a sua interpretação será efectuada num capítulo posterior dedicado à discussão dos mesmos.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Numa primeira fase, apresentamos os resultados relativos à equivalência dos grupos antes das intervenções, no sentido de se poder inferir que as diferenças encontradas nos momentos pós-intervenção serão devidas a estas e não atribuíveis à heterogeneidade dos grupos no pré-teste. Numa segunda fase, são apresentados os resultados relativos aos testes de hipóteses, organizados pela ordem das mesmas. Seguidamente, são descritos os resultados das análises exploratórias.

5.1 Resultados da Equivalência dos Grupos no Pré-Teste

Nos quadros 52, 53 e 54 apresentam-se os valores de pré-teste nas variáveis psicossociais estudadas, para os grupos de Intervenção Didáctica (ID), ACCENT e grupo de Controlo. Para avaliar a possível existência de diferenças significativas entre estes três grupos no pré-teste foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* para as variáveis não paramétricas. Foram utilizadas ANOVAS para os valores totais das escalas e MANOVAS para o conjunto das sub-escalas de uma escala, no caso de medidas que seguem uma distribuição paramétrica. No caso de diferenças significativas entre os três grupos, foram feitas análises de *post hoc* de Bonferroni. Em relação às variáveis não paramétricas, a comparação dos grupos dois a dois foram feitas através de testes U de *Mann-Whitney*. Apresentaremos primeiro os resultados das análises não paramétricas e seguidamente os resultados dos testes paramétricos.

A *escala de auto-eficácia na negociação do preservativo* avaliou a confiança para negociar o uso do preservativo (medida constituída por 5 itens). Não se observaram diferenças significativas entre os três grupos no que respeita a estas medidas no pré-teste. Nomeadamente, no que respeita aos resultados obtidos ao nível da escala de auto-eficácia na negociação do preservativo, o *mean rank* no Grupo de Intervenção Didáctica (G.ID) foi de 91.4, no Grupo ACCENT (G.A) foi de 88.2 e de 85.5 no Grupo de Controlo (GC) ($\chi^2=.348$; $p=.840$).

O questionário de Conservação de Recursos – Avaliação (COR-E), permitiu-nos avaliar a *perda de recursos* relativa a várias sub-escalas de *stress* (social, tempo, condições domésticas, financeiro), nos últimos 3 meses. Neste âmbito verificam-se diferenças significativas entre os três grupos no que respeita a estas medidas no pré-teste, desfavorecendo os grupos submetidos às intervenções. No que concerne aos resultados obtidos ao nível do *stress social*, os *mean ranks* foram de 89.4 no G.ID, 98.7

no G.A e de 67.6 no GC ($\chi^2=8.41$; $p=.015$); o *stress de tempo* apresenta *mean ranks* de 95.1 para o G.ID, de 91.4 para o G.A e de 70.2 para o GC ($\chi^2=5.80$; $p=.055$); a medida de stress relacionado com as *condições domésticas* tem *mean ranks* de 95.4 no G.ID, de 94.5 no G.A e de 63.0 no GC ($\chi^2=10.7$; $p=.005$); o *stress financeiro* apresenta *mean ranks* de 92.6 para o G.ID, de 102.6 para o G.A e de 52.1 para o GC ($\chi^2=22.7$; $p=.000$); por fim, a medida do COR-E total apresenta resultados de *mean ranks* de 93.6 no G.ID, de 100.2 no G.A, e de 54.9 no GC ($\chi^2=18.6$; $p=.000$). Os testes *post hoc* indicam que a diferença entre o G.A e o G.C é significativa no *stress social* ($p=.004$), no *stress* relacionado com as condições domésticas ($p=.004$), no *stress financeiro* ($p=.000$), e no total COR-E ($p=.000$), enquanto que no *stress de tempo* ($p=.065$) aproxima a significância. O G.A é mais desfavorecido, ou seja, possui maior perda de recursos ou maior presença de stressores do que o G.C. Os testes *post hoc* também indicam que a diferença entre o G.ID e o GC é significativa no *stress social* ($p=.038$), no *stress de tempo* ($p=.013$), no *stress* relacionados com as condições domésticas ($p=.002$), no *stress financeiro* ($p=.000$), e no total COR-E ($p=.000$), sendo que o G.ID apresenta maior perda de recursos. Em suma, os testes *post hoc* indicam que a diferença entre o GC e os grupos de intervenção (G.A e G.ID) é significativa. Não existem diferenças significativas entre o G.A e o G.ID nas dimensões de *stress social* ($p=.262$), *stress de tempo* ($p=.725$), *stress* relacionado com as condições domésticas ($p=.944$), *stress financeiro* ($p=.245$) e total COR-E ($p=.427$). Assim, verifica-se maior presença de stressores nas várias áreas avaliadas nos grupos sujeitos à intervenção.

A *Escala de Suporte Social* (ESS), utilizada para medir o apoio social, não apresenta diferenças significativas entre o GC, o G.ID e o G.A no momento pré-teste. Esta escala apresenta valores diferenciais dos *mean ranks* não significativos (G.ID: 95.7; G.A: 79.1; e GC: 95.0) ($\chi^2=4.42$; $p=.110$).

Em relação ao *comportamento sexual*, as diferenças encontradas pelos testes realizados também não se apresentam como significativas para a *actividade sexual* (G.ID: 88.3, G.A: 89.2 e GC: 90.1) ($\chi^2=.031$; $p=.985$), nem para as *actividades preventivas* (G.ID: 92.1, G.A: 82.0 e GC: 97.1) ($\chi^2=2.86$; $p=.240$). De modo a avaliar o *uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais* foi utilizado um item, tendo-se encontrado valores não significativos em termos das diferenças entre o G.ID (97.2), o G.A (82.4) e o GC (84.6) ($\chi^2=3.76$; $p=.152$).

Quadro 52. Medidas de Pré-Teste das Variáveis Estudadas e Resultados do *Kruskal-Wallis Test* para a comparação do Grupo ID (n=74), Grupo ACCENT (n=70) e Grupo de Controlo (n=33)

Variáveis Dependentes	Mean Rank			χ^2	p
	G. ID (n=74)	G.ACCENT (n=70)	G. Controlo (n=33)		
Auto-eficácia na Negociação do Preservativo	91.4	88.2	85.5	.348	.840
COR-E					
Stress Social	89.4	98.7	67.6	8.41	.015
Stress Tempo	95.1	91.4	70.2	5.80	.055
Condições Domésticas	95.4	94.5	63.0	10.7	.005
Stress Financeiro	92.6	102.6	52.1	22.7	.000
Total COR-E	93.6	100.2	54.9	18.6	.000
Suporte social	95.7	79.1	95.0	4.42	.110
Comportamento sexual					
Actividades sexuais de risco	88.3	89.2	90.1	.031	.985
Actividades preventivas	92.1	82.0	97.1	2.86	.240
Uso preservativo nos últimos 4 actos sexuais	97.2	82.4	84.6	3.76	.152
Percepções de risco					
Risco na Comunidade	91.2	86.7	88.9	.345	.842
Risco Pessoal	86.1	87.0	99.7	2.35	.309
Conversar sobre o VIH	79.7	95.6	95.9	6.78	.034
Risco do Parceiro	98.4	83.7	79.1	5.33	.069
Barreiras no sexo seguro					
Baixa percepção de risco	85.7	94.6	84.5	1.44	.487
Atitudes negativas	90.6	91.7	79.5	1.50	.472
Atitudes negativ/parceiro	88.9	95.6	75.2	4.02	.134
Baixa A/E Comunicação	93.9	94.9	65.7	8.86	.012
Abstinência	91.4	86.9	88.1	.327	.849

Nas questões sobre a *percepção de risco*, encontram-se medidas de percepção de risco na comunidade, risco pessoal, conversar sobre o VIH e percepção de risco no parceiro. A *percepção de risco na comunidade* não apresenta diferenças significativas entre o G.ID (91.2), o G.A (86.7) e o GC (88.9) ($\chi^2=.345$; $p=.842$), o mesmo se passando com a *percepção de risco pessoal* (G.ID: 86.1, G.A: 87.0 e GC: 99.7) ($\chi^2=2.35$; $p=.309$). Pelo contrário, a questão relativa a *conversar com o parceiro sobre o VIH* (G.ID: 79.7, G.A: 95.6, e GC: 95.9) ($\chi^2=6.78$; $p=.034$) apresenta valores diferenciais significativos. Os testes *post hoc* indicam que a diferença entre o G.ID e o G.A é significativa ($p=.016$), sendo que as mulheres do G.A conversam mais sobre o

VIH e sua prevenção com os parceiros no momento pré-teste. Os testes *post hoc* também indicam diferenças significativas entre o G.ID e o G.C ($p=.040$), sendo que o G.ID encontra-se mais desfavorecido. Entre o G.A e o G.C, as diferenças encontradas no pré-teste não são significativas ($p=.977$). A *percepção de risco no parceiro* não apresenta diferenças significativas entre os grupos (G.ID: 98.4, G.A: 83.7, e GC: 79.1) ($\chi^2=5.33$; $p=.069$), embora se aproxime da significância.

O *questionário de barreiras face à utilização do preservativo*, permitiu-nos avaliar a baixa percepção de risco, as atitudes negativas face ao sexo seguro, as atitudes negativas do parceiro face ao sexo seguro e a percepção de baixa auto-eficácia na comunicação. Apenas se observou diferença significativa entre os três grupos no que respeita à sub-escala de *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação*. No que concerne aos resultados obtidos ao nível da *baixa percepção de risco*, o *mean rank* para o G.ID foi de 85.7, para o G.A de 94.6 e para o GC foi de 84.5 ($\chi^2=1.44$; $p=.487$); os *mean ranks* das *atitudes negativas face ao sexo seguro* são de 90.6 no G.ID, de 91.7 no G.A e de 79.5 no GC ($\chi^2=1.50$; $p=.472$); as *atitudes negativas do parceiro face ao sexo seguro* apresentam valores de 88.9 para o G.ID, de 95.6 para o G.A e de 75.2 para o GC ($\chi^2=4.02$; $p=.134$); a medida da *percepção de baixa auto-eficácia na comunicação* apresenta resultados de 93.9 para o G.ID, 94.9 para o G.A e 65.7 para o GC ($\chi^2=8.86$; $p=.012$). Os testes *post hoc* revelam que as diferenças entre o G.ID e o G.A não são significativas ($p=.923$), enquanto que as diferenças entre os grupos submetidos à intervenção (G.ID e G.A) e o grupo de controlo são, de facto, significativas ($p=.008$; $p=.005$). Os grupos submetidos à intervenção apresentam-se, assim, com uma percepção de baixa auto-eficácia na comunicação mais elevada. O item que avalia a abstinência não apresenta diferenças significativas entre os grupos (G.ID: 91.4, G.A: 86.9, e GC: 88.1) ($\chi^2=.327$; $p=.849$).

Quadro 53. Medidas de Pré-Teste das Variáveis Estudadas e Resultados das ANOVAS e MANOVAS para o Grupo ID (n=74), Grupo ACCENT (n=70) e Grupo de Controlo (n=33)

Variáveis Dependentes	G. ID (n=74)		G. ACCENT (n=70)		G. Controlo (n=33)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
CES-D								
Afecto Depressivo	4.74	.50	4.80	.52	4.00	.75	.432	.650
Afecto Positivo	4.39	.34	4.86	.35	3.46	.52	2.52	.084
Sintomas Somáticos	8.12	.52	7.87	.53	6.67	.77	1.27	.285
Interpessoal	.743	.14	.971	.14	.697	.21	.872	.420
CES-D Total	18.0	1.22	18.5	1.25	14.8	1.82	1.48	.230
Auto-Estima	20.0	.48	19.8	.49	20.9	.72	.798	.452

A Escala de Depressão (CES-D) forneceu-nos uma medida de depressão e suas dimensões (afecto depressivo, afecto positivo, sintomas somáticos, interpessoal). A *escala total do CES-D* não apresenta diferenças significativas entre o G.ID (M=18.0), o G.A (M=18.5), e o GC (M=14.8) (F=1.48; p=.230), o mesmo se passando com as sub-escalas de *afecto depressivo* (G.ID, M=4.74; G.A, M=4.80 e GC, M=4.00) (F=.432; p=.650), *afecto positivo* (G.ID, M=4.39; G.A, M=4.86 e GC, M=3.46) (F=2.52; p=.084), *sintomas somáticos* (G.ID, M=8.12; G.A, M=7.87 e GC, M=6.67) (F=1.27; p=.285) e *interpessoal* (G.ID, M=.743; G.A, M=.971 e GC, M=.697) (F=.872; p=.420).

A *Escala de Auto-Estima* fornece-nos uma medida unidimensional, não se verificando diferenças significativas entre os três grupos na escala total no pré-teste (G.ID, M=20.0; G.A, M=19.8 e GC, M=20.9) (F=.798; p=.452).

No que respeita à avaliação da auto-eficácia através da *auto-eficácia geral percebida*, as diferenças encontradas pelos testes realizados não se apresentam como significativas entre o G.ID (M=49.2), o G.A (M=48.9) e o GC (M=49.6) (F=.052; p=.950).

No que concerne aos resultados obtidos ao nível da avaliação do conhecimento sexual, o *total de respostas correctas* não apresenta diferenças significativas entre o G.ID (M=9.80), o G.A (M=9.89), e o GC (M=11) (F=1.60; p=.206), o mesmo se passando com os *conhecimentos sobre a transmissão do VIH* (G.ID, M=5.57; G.A, M=5.71; GC, M=6.32) (F=1.66; p=.194) e com os *conhecimentos sobre a prevenção do VIH* (G.ID, M=4.21; G.A, M=4.18; GC, M=4.65) (F=.984; p=.376).

Quadro 54. Medidas de Pré-Teste das Variáveis Estudadas e Resultados das ANOVAS e MANOVAS para o Grupo ID (n=74), Grupo ACCENT (n=70) e Grupo de Controlo (n=33) (continuação)

Variáveis Dependentes	G. Didáctica		G. ACCENT		G. Controlo		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Auto-Eficácia	49.2	1.07	48.9	1.10	49.6	1.61	.052	.950
Conhecimento Sexual							.913	.456
Transmissão	5.57	.23	5.71	.24	6.32	.35	1.66	.194
Prevenção	4.21	.19	4.18	.20	4.65	.29	.984	.376
Total Respostas Correctas	9.80	.38	9.89	.39	11.0	.58	1.60	.206
Uso do Preservativo (intenção e compra do preservativo)	4.24	.29	4.03	.30	3.85	.43	.316	.729
Álcool e Drogas								
Últimas 2 Semanas	2.00	.34	1.36	.35	1.49	.50	.954	.387
Últimos 2 Meses	6.39	.93	4.66	.95	6.12	1.39	.924	.399

A *actividade actual*, no âmbito do uso do preservativo (intenção de comprar, compra efectiva, etc.) não apresenta diferenças significativas entre os três grupos (G.ID, M=4.24; G.A, M=4.03 e GC, M=3.85) ($F=.316$; $p=.729$).

No que respeita à frequência do uso de álcool e drogas, as diferenças encontradas pelos testes realizados não se apresentam como significativas no *uso de álcool e drogas nas últimas duas semanas* entre o G.ID (M=2.00), o G.A (M=1.36) e o GC (M=1.49) ($F=.954$; $p=.387$), no momento pré-teste, tal como no *uso de álcool e drogas nos últimos dois meses* (G.ID, M=6.39; G.A, M=4.66 e GC, M=6.12) ($F=.924$; $p=.399$).

O *Questionário de Avaliação da Perturbação de Stress Pós-Traumático* (PTSD) forneceu-nos uma medida de PTSD nas últimas duas semanas e PTSD no passado, tal como algumas medidas correspondentes às suas dimensões (reviver, evitamento, activação). A escala total de *PTSD nas últimas duas semanas* não apresenta diferenças significativas entre o G.ID (M=5.30), o G.A (M=7.42) e o GC (M=6.33) ($F=.473$; $p=.630$), tal como acontece nas dimensões *reviver* (G.ID, M=1.40; G.A, M=1.58 e GC, M=1.00) ($F=.205$; $p=.816$), *evitamento* (G.ID, M=1.80; G.A, M=2.58 e GC, M=2.67) ($F=.487$; $p=.621$), e *activação* (G.ID, M=2.10; G.A, M=3.25 e GC, M=2.67) ($F=.711$; $p=.502$). A escala total de *PTSD passada* também não apresenta diferenças significativas entre os três grupos (G.ID, M=11.2; G.A, M=13.7 e GC, M=11.3) ($F=.933$; $p=.408$), nem as dimensões *reviver* (G.ID, M=2.80; G.A, M=3.25 e GC,

M=3.33) ($F=.40$; $p=.676$), *evitamento* (G.ID, M=3.80; G.A, M=5.25 e GC, M=4.33) ($F=1.05$; $p=.368$), e *ativação* (G.ID, M=4.60; G.A, M=5.17 e GC, M=3.67) ($F=1.02$; $p=.376$). No teste Qui-Quadrado para as medidas categóricas (sim/não) relativamente à presença de PTSD, foram encontrados valores não significativos em termos das diferenças entre o G.ID (n=10; 13.5%), o G.A (n=12; 17.1%) e o GC (n=3; 9.1%) ($\chi^2=1.24$; $p=.539$).

Quadro 55. Medidas de Pré-Teste das Variáveis Estudadas e Resultados das ANOVAS e MANOVAS para o Grupo ID (n=74), Grupo ACCENT (n=70) e Grupo de Controlo (n=33) (continuação)

Variáveis Dependentes	G. Didáctica		G. ACCENT		G. Controlo		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
PTSD Últimas 2 Semanas								
Reviver	1.40	.45	1.58	.41	1.00	.83	.205	.816
Evitamento	1.80	.63	2.58	.58	2.67	1.14	.487	.621
Activação	2.10	.71	3.25	.65	2.67	1.30	.711	.502
Total	5.30	1.61	7.42	1.47	6.33	2.94	.473	.630
PTSD Passado								
Reviver	2.80	.41	3.25	.37	3.33	.74	.40	.676
Evitamento	3.80	.75	5.25	.68	4.33	1.36	1.05	.368
Activação	4.60	.53	5.17	.49	3.67	.98	1.02	.376
Total	11.2	1.41	13.7	1.29	11.3	2.57	.933	.408

No quadro 56 apresenta-se os resultados das variáveis de *abuso na idade adulta e na infância*. A análise dos itens que avaliam o abuso na idade adulta indicam que 8.1% das mulheres do G.ID foram vítimas de *violação*, tal como 7.1% das mulheres do G.A e 3% no G.C. Em relação ao *assédio*, 6.8% das mulheres no G.ID, 4.3% do G.A e 3% do G.C. foram vítimas de assédio. A *ameaça sexual* é referida por 12.2% das mulheres do G.ID, por 8.6% das mulheres do G.A e 3% das mulheres do G.C. Não foram realizados testes de significância das diferenças na distribuição das participantes pelos três grupos devido ao baixo número de sujeitos em várias categorias, o mesmo acontecendo para as variáveis abuso físico/emocional e abuso sexual.

O *Questionário de Trauma Infantil* (CTQ), utilizado para medir o abuso na infância, inclui duas sub-escalas (abuso sexual; abuso físico/emocional). Em relação ao *abuso sexual*, 10.8% das mulheres do G.ID, 12.9% das mulheres do G.A e 6.1% das mulheres do G.C revelam terem sido vítimas de abuso sexual na infância. O *abuso*

físico/emocional é referido por 91.9% das mulheres pertencentes ao G.ID, por 94.3% das mulheres do G.A e por 93.9% das que pertencem ao G.C.

Quadro 56. Prevalência do Abuso na Idade Adulta e na Infância

	G. ID (n=74)		G. ACCENT (n=70)		G. Controlo (n=33)	
	n	%	n	%	n	%
Abuso na Idade Adulta						
Detecção de Violação						
Sim	6	8.1	5	7.1	1	3
Não	68	91.9	65	92.9	32	97
Assédio						
Sim	5	6.8	3	4.3	1	3
Não	69	93.2	67	95.7	32	97
Ameaça Sexual						
Sim	9	12.2	6	8.6	1	3
Não	65	87.8	64	91.4	32	97
Abuso na Infância						
Abuso Sexual						
Sim	8	10.8	9	12.9	2	6.1
Não	66	89.2	61	87.1	31	93.9
Abuso Físico e Emocional						
Sim	68	91.9	66	94.3	31	93.9
Não	6	8.1	4	5.7	2	6.1

Para avaliar a possível existência de diferenças significativas entre estes três grupos no pré-teste no *controlo da natalidade* no último ano (utilização de pílula e/ou preservativo) foram utilizados testes Qui-Quadrado para as medidas categóricas. Os valores obtidos no uso da pílula apresentam diferenças significativas entre o G.ID (n=57; 77%), o G.A (n=62; 88.6%) e o GC (n=22; 66.7%) ($\chi^2=7.19$; p=.028). Os testes *post hoc* indicam que as diferenças entre o G.A e o G.C são, de facto, significativas (p=.016), enquanto que as diferenças entre o G.ID e o G.C não o são (p=.375), nem entre o G.A e GID (p=.108). Assim, o uso da pílula é menos frequente no grupo de controlo relativamente ao G.A. Pelo contrário, no uso de preservativo não se verificam diferenças significativas entre os três grupos (G.ID, n=60; 81.8%, G.A, n=52; 74.3% e GC, n=25; 75.8%) ($\chi^2=1.01$; p=.603).

Quadro 57. Resultados dos testes de Qui-Quadrado relativamente à utilização da pílula e do preservativo (N=177)

Controlo da Natalidade	G. Didáctica		G. ACCENT		G. Controlo		χ^2	p
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim		
Pílula							7.19	.028
n	17	57	8	62	11	22		
%	23	77	11.4	88.6	33.3	66.7		
Preservativo							1.01	.603
n	14	60	18	52	8	25		
%	18.9	81.8	25.7	74.3	24.2	75.8		

No que respeita à avaliação da existência de DSTs, na realização do teste para o VIH (G.ID, n=12; 16.2%, G.A, n=11; 15.7% e GC, n=3; 9.1%) ($\chi^2=1.02$; p=.600), as diferenças encontradas não se apresentam como significativas. Não se puderam realizar os testes de Qui-Quadrado para as outras variáveis devido ao baixo número em algumas células.

Quadro 58. Resultados dos testes de Qui-Quadrado relativamente às DSTs (N=177)

	G. Didáctica		G. ACCENT		G. Controlo		χ^2	p
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim		
Alguma vez teve DSTs?							-	-
n	69	5	61	9	32	1		
%	93.2	6.8	87.1	12.9	97	3		
Alguma vez fez teste ao VIH?							1.02	.600
n	62	12	59	11	30	3		
%	83.8	16.2	84.3	15.7	90.9	9.1		
Alguma vez deu positivo?							-	-
n	74	0	70	0	33	0		
%	100	0	100	0	100	0		

Em suma, através da observação dos dados descritos, podemos concluir que o G.ID, o G.A e o GC se apresentam no geral como equivalentes no pré-teste em termos da maioria das variáveis estudadas. Verificaram-se diferenças entre os grupos nas medidas de *stress*, na discussão do VIH e sua prevenção com o parceiro, na percepção de baixa auto-eficácia na comunicação e no uso da pílula.

Os grupos sujeitos à intervenção parecem estar em desvantagem à partida ao nível do *stress* experienciado nos últimos 3 meses, assim como na percepção de baixa auto-eficácia na comunicação. Adicionalmente, verifica-se que o G.A se encontra em vantagem no que concerne a falar sobre o VIH e sua prevenção com o parceiro, tal como em relação ao uso da pílula comparativamente ao grupo de controlo. Estas diferenças serão tidas em conta na interpretação dos resultados dos estudos de eficácia.

As variáveis relativas à PTSD, relativas ao controlo da natalidade, DSTs e teste ao VIH não serão utilizadas nos testes de hipóteses devido ao viés na distribuição dos sujeitos pelas duas categorias consideradas (sim/não), que resulta num baixo número em várias das células.

5.2 Resultados do Teste de Hipóteses

5.2.1 Eficácia a curto prazo dos Programas ACCENT e Didáctico relativamente ao Grupo de Controlo

A Hipótese 1 previa uma diferença significativa entre o grupo submetido à intervenção ACCENT (exposição ao conflito juntamente com o treino de competências de resolução/negociação de conflito), o grupo submetido à abordagem didáctica/informativa (ID) e o grupo de controlo (sem intervenção), nos ganhos obtidos, do momento pré-teste ao momento pós-teste, nas variáveis estudadas (variáveis de bem-estar, sociais e cognitivas, e de comportamento sexual), no sentido de melhores resultados para as intervenções preventivas face ao VIH (ACCENT e ID) quando comparadas com o grupo de controlo. Assim, espera-se que no grupo ACCENT e no grupo ID as mudanças encontradas apontem no sentido de um aumento do bem-estar (diminuição da depressão, aumento da auto-estima), da auto-eficácia geral e da auto-eficácia na negociação do preservativo, do conhecimento sexual, da percepção de risco, diminuição das barreiras face ao sexo seguro e aumento do comportamento sexual seguro (utilização do preservativo de forma consistente e correcta), diminuição na perda de recursos e aumento do suporte social.

Para testar esta e as restantes hipóteses fomos inicialmente avaliar se os pressupostos da estatística paramétrica estavam presentes na nossa amostra. Deste modo, testamos a normalidade e a homogeneidade de variância. Os resultados dos testes

Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva normal revelam que algumas variáveis têm uma distribuição normal e outras variáveis uma distribuição não normal na amostra estudada.

Em relação às variáveis que seguem uma distribuição normal, esta hipótese foi testada recorrendo a testes paramétricos de análises de medidas repetidas em dois momentos, para os três grupos (MANOVAS). Assim, para analisar a significância das diferenças entre o grupo ACCENT, o grupo de Intervenção Didáctica e o grupo de Controlo, foram utilizadas análises de multivariância (MANOVAS) para medidas repetidas (pré-teste e pós-teste) tendo como factores as variáveis grupo e tempo, e como variáveis dependentes as variáveis psicossociais de resultado previamente mencionadas (por exemplo, a auto-eficácia). Em termos do teste de hipóteses, o nosso foco será nos efeitos do *grupo* e das interacções *tempo*×*grupo*. Os resultados do efeito *tempo* não serão descritos uma vez que não são relevantes para a hipótese a testar. Sempre que o efeito *grupo* ou *tempo*×*grupo* foi significativo ($p \leq .50$), realizaram-se testes *post hoc* de Bonferroni. As restantes medidas, que não seguem uma distribuição normal, serão testadas com testes não paramétricos, nomeadamente através do teste de *Wilcoxon* (medidas repetidas em 2 momentos num só momento: pré-teste e pós-teste). A comparação dos grupos dois a dois foi feita utilizando o teste U de *Mann Whitney*.

Apresentaremos os resultados em termos de três grupos de variáveis: Bem-estar/Saúde Mental (depressão e auto-estima), Sociais e Cognitivas (auto-eficácia geral, auto-eficácia na negociação do preservativo, percepção de risco, barreiras, conhecimentos, perda de recursos e suporte social), e variáveis relativas ao comportamento sexual (uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais e actividade actual).

Variáveis de Bem-estar/Saúde Mental

No que respeita aos resultados obtidos através da Escala de Depressão (CES-D), as análises indicam tendência para a significância na interacção *tempo* × *grupo* ($F=2.54$; $p=.082$) com as mulheres do G.A e do G.ID a apresentarem uma diminuição da sintomatologia depressiva após a intervenção ($M1=18.5$, $M2=14.2$; $M1=18.0$, $M2=14.1$), o mesmo não se verificando em relação ao G.C ($M1=14.8$, $M2=14.8$) (Quadro 59). Na dimensão da Escala de Depressão *Sintomas Somáticos*, verifica-se um

efeito que se aproxima da significância para a interacção *tempo x grupo* ($F=2.92$; $p=.057$), com as mulheres do G.A e do G.ID a apresentarem valores mais baixos após a intervenção ($M1=7.87$, $M2=6.13$; $M1=8.12$, $M2=6.65$) que não se verificam no G.C ($M1=6.67$, $M2=6.97$). Tanto para o CES-D Total como para os sintomas somáticos, verifica-se uma diminuição dos valores no pós-teste nos grupos de intervenção, enquanto que no G.C os valores se mantêm.

Quadro 59. Resultados das *Manovas* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=74), grupo ACCENT (n=70) e grupo de Controlo (n=33): CES-D

CES-D	Didáctica		ACCENT		Controlo		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
CES-D Total								
<i>Tempo x grupo</i>							2.54	.082
Pré-teste	18.00	1.216	18.50	1.250	14.81	1.821		
Pós-teste	14.08	1.133	14.21	1.165	14.79	1.696		
CES-D: Sintomas Somáticos								
<i>Tempo x grupo</i>							2.92	.057
Pré-teste	8.12	.517	7.87	.531	6.67	.774		
Pós-teste	6.65	.489	6.13	.503	6.97	.732		
CES-D: Afecto Depressivo								
<i>Tempo x grupo</i>							1.49	.229
Pré-teste	4.74	.501	4.80	.516	4.00	.751		
Pós-teste	3.17	.437	3.54	.449	3.85	.655		
CES-D: Afecto Positivo								
<i>Tempo x grupo</i>							.62	.540
Pré-teste	4.39	.344	4.86	.354	3.45	.516		
Pós-teste	3.69	.327	3.97	.336	3.21	.490		
CES-D: Interpessoal								
<i>Tempo x grupo</i>							2.10	.125
Pré-teste	.74	.140	.97	.144	.69	.210		
Pós-teste	.56	.116	.57	.119	.75	.174		

Não se verificaram resultados significativos nas restantes dimensões da depressão, nomeadamente no *Afecto Depressivo* ($F=1.49$; $p=.229$), no *Afecto Positivo* ($F=.619$; $p=.540$), e na dimensão Interpessoal ($F=2.10$; $p=.125$).

Na *Escala de Auto-Estima* não se verifica o efeito de interacção *tempo x grupo* ($F=1.85$; $p=.161$), embora se possa verificar um ligeiro aumento das médias dos grupos submetidos à intervenção ($M1=20.0$, $M2=20.9$; $M1=19.8$, $M2=20.8$) comparativamente com o grupo de controlo ($M1=20.9$, $M2=20.8$) (Quadro 60).

Quadro 60. Resultados das *Manovas* para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica ($n=74$), grupo ACCENT ($n=70$) e grupo de Controlo ($n=33$): Auto-Estima

Auto-Estima	Didáctica		ACCENT		Controlo		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
<i>Tempo x grupo</i>							1.85	.161
Pré-teste	20.0	.478	19.8	.491	20.9	.715		
Pós-teste	20.9	.502	20.8	.516	20.8	.752		

Variáveis Sociais e Cognitivas

Em termos de *Auto-eficácia Geral Percebida* (Quadro 61), as análises indicam resultados próximos da significância para a interacção *tempo x grupo* ($F=2.90$; $p=.057$). Nas mulheres que participaram na intervenção em grupo (ACCENT) verifica-se um aumento da auto-eficácia geral percebida com o tempo ($M1=49.0$; $M2=51.9$), tal como nas que foram submetidas à intervenção individual (ID) ($M1=49.2$; $M2=50.7$), comparativamente às mulheres do grupo de controlo (sem intervenção) ($M1=49.5$; $M2=49.4$), em que a auto-eficácia se mantém relativamente estável no tempo.

Quadro 61. Resultados das *Manovas* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=74), grupo ACCENT (n=70) e grupo de Controlo (n=33): Auto-Eficácia Geral

Auto-Eficácia Geral	Didáctica		ACCENT		Controlo		F	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
<i>Tempo x grupo</i>							2.90	.057
Pré-teste	49.2	1.06	49.0	1.09	49.5	1.59		
Pós-teste	50.7	.98	51.9	1.01	49.4	1.48		

O teste da Hipótese 1 no que diz respeito à auto-eficácia na negociação do preservativo, variável com distribuição não paramétrica, foi feito realizando testes de Wilcoxon para cada grupo, comparando o pré e o pós-teste. No quadro 62 apresentam-se as estatísticas descritivas desta variável, enquanto que no quadro 63 constam os resultados dos testes de Wilcoxon.

Quadro 62. Médias e Desvios Padrão da Auto-Eficácia na Negociação do Preservativo, no pré e pós-teste, nos três grupos (Didáctica, ACCENT e Controlo)

Auto-Eficácia na Negociação do Preservativo	Didáctica		ACCENT		Controlo	
	M	DP	M	DP	M	DP
Auto-Eficácia na Negociação (T1)	41.86	4.43	41.10	5.20	42.12	2.98
Auto-Eficácia na Negociação (T2)	42.83	3.33	41.24	5.41	41.84	3.13

Os resultados dos testes de Wilcoxon para a *Auto-eficácia na Negociação do Preservativo* apenas atingiram significância para o G.ID ($p=.020$). Os valores encontrados indicam que das 74 participantes, 33 aumentaram a sua auto-eficácia na negociação do preservativo do pré para o pós-teste, 14 diminuíram e 27 mantiveram (*Mean ranks*=24.6; 23.7). Isto significa que a auto-eficácia na negociação do preservativo aumentou do pré para o pós-teste no grupo de intervenção didáctica. Embora 23 das participantes tenham aumentado a sua auto-eficácia na negociação do preservativo no grupo ACCENT, os resultados não atingiram a significância.

Quadro 63. Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=74), grupo ACCENT (n=70) e grupo de Controlo (n=33): Auto-Eficácia na Negociação do Preservativo

Auto-Eficácia na Negociação do Preservativo	-	+	=	Mean rank		Z	p
				Negative ranks	Positive ranks		
Grupo Didáctica	14	33	27	24.6	23.7	-2.33	.020
Grupo ACCENT	18	23	29	21.2	20.9	-.642	.521
Grupo Controlo	3	3	27	4.5	2.5	-.632	.527

Foram realizados os mesmos testes não paramétricos para as variáveis relativas à *percepção de risco*. As estatísticas descritivas destas variáveis apresentam-se no Quadro 64.

Quadro 64. Médias e Desvios Padrão das variáveis de Percepção de Risco, no pré e pós-teste, nos três grupos (Didáctica, ACCENT e Controlo)

Percepção de Risco	Didáctica		ACCENT		Controlo	
	M	DP	M	DP	M	DP
Percepção de Risco Pessoal (T1)	.45	.576	.49	.675	.63	.652
Percepção de Risco Pessoal (T2)	.81	1.361	.53	.675	.69	.769
Percepção de Risco Comunitário (T1)	2.37	.788	2.37	.640	2.42	.560
Percepção de Risco Comunitário (T2)	2.37	.839	2.55	.555	2.42	.751
Conversar sobre o VIH (T1)	.24	.569	.49	.717	.49	.712
Conversar sobre o VIH (T2)	.32	.761	.34	.678	.52	.712
Risco do Parceiro (T1)	1.12	1.158	.73	.849	.67	.924
Risco do Parceiro (T2)	.959	1.297	.80	1.136	.64	.895

Em relação à *Percepção de Risco Pessoal*, os resultados do teste *Wilcoxon* permitem observar que a diferença nesta variável entre os dois momentos (pré-teste e pós-teste) no grupo ID é estatisticamente significativa ($p=.004$) (ver quadro 65). Os valores encontrados indicam que existe um aumento na percepção de risco pessoal face

ao VIH (*Mean ranks*=12.5; 15.2). Mais concretamente, das 74 participantes submetidas à intervenção didáctica, 21 aumentaram a sua percepção de risco pessoal face ao VIH, 46 mantiveram e 7 diminuíram. Não se verificaram diferenças pré-pós significativas para a percepção de risco na comunidade, para o conversar com o parceiro sobre o VIH, nem para a percepção de risco do parceiro.

Quadro 65. Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=74): Percepção de Risco

Variáveis Dependentes	-	+	=	Mean rank		Z	p
				Negative ranks	Positive ranks		
Percepção de Risco Pessoal	7	21	46	12.5	15.2	-2.85	.004
Percepção de Risco na Comunidade	11	13	50	13.2	11.8	-.140	.889
Conversar sobre o VIH	6	9	59	7.3	8.4	-.936	.350
Risco do Parceiro	14	9	51	12.1	11.9	-.976	.329

Em relação à *Percepção de Risco na Comunidade*, os resultados do teste Wilcoxon permitem observar que a diferença nesta variável entre os dois momentos (pré-teste e pós-teste), no grupo ACCENT, é estatisticamente significativa ($p=.012$) (ver quadro 66). Os valores encontrados indicam que existe um aumento da percepção de risco na comunidade face ao VIH (*Mean ranks*=10.0; 11.3). Mais concretamente, das 70 participantes submetidas à intervenção ACCENT, 16 aumentaram a sua percepção de risco na comunidade, 5 diminuíram e 49 mantiveram. Não se verificaram diferenças pré-pós significativas para a percepção de risco pessoal, para o conversar com o parceiro sobre o VIH, nem para a percepção de risco do parceiro.

Quadro 66. Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo ACCENT (n=70): Percepção de Risco

Variáveis Dependentes	-	+	=	Mean rank		Z	p
				Negative ranks	Positive ranks		
Percepção de Risco Pessoal	10	14	46	12.8	12.3	-.71	.478
Percepção de Risco na Comunidade	5	16	49	10.0	11.3	-2.50	.012
Conversar sobre o VIH	12	6	52	9.8	9.0	-1.41	.157
Risco do Parceiro	11	11	48	9.7	13.3	-.65	.515

Os resultados dos testes de Wilcoxon relativos à *percepção de risco* foram não significativos para o grupo de Controlo (Quadro 67).

Quadro 67. Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Controlo (n=33): Percepção de Risco

Variáveis Dependentes	-	+	=	Mean rank		Z	p
				Negative ranks	Positive ranks		
Percepção de Risco Pessoal	2	3		2.50	3.33	-.707	.480
Percepção de Risco na Comunidade	2	3	28	3.50	2.67	-.137	.891
Conversar sobre o VIH	1	2	30	2.00	2.00	-.577	-1.00
Risco do Parceiro	1	0	32	1.00	.00	.564	.317

No quadro 68 encontram-se as estatísticas descritivas das variáveis relativas às *barreiras face ao sexo seguro* para os grupos considerados.

Quadro 68. Médias e Desvios Padrão das Barreiras face ao Sexo Seguro, no pré e pós-teste, nos três grupos (Didáctica, ACCENT e Controlo)

Barreiras	Didáctica		ACCENT		Controlo	
	M	DP	M	DP	M	DP
Baixa Percepção de Risco (T1)	7.36	2.037	7.74	2.211	7.27	2.154
Baixa Percepção de Risco (T2)	7.02	2.404	7.67	2.158	7.21	2.175
Atitude Negativa face ao Sexo Seguro (T1)	3.51	1.207	3.57	1.302	3.24	1.146
Atitude Negativa face ao Sexo Seguro (T2)	3.24	1.301	3.27	1.089	3.18	1.130
Atitude do Parceiro Percebida como Negativa (T1)	3.17	1.162	3.34	1.226	2.87	1.166
Atitude do Parceiro Percebida como Negativa (T2)	3.00	1.158	3.02	1.141	2.96	1.211
Baixa Auto-eficácia Percebida na Comunicação (T1)	4.97	1.303	5.01	1.302	4.27	1.039
Baixa Auto-eficácia Percebida na Comunicação (T2)	4.74	1.588	4.70	1.376	4.33	1.163

Os resultados dos testes de Wilcoxon relativos às barreiras foram não significativos para o G.ID (Quadro 69). Apenas a sub-escala *Atitude Negativa face ao Sexo Seguro* apresenta um valor que se aproxima da significância ($p=.070$), revelando que poderá existir uma diminuição da atitude negativa face ao sexo seguro do pré-teste para o pós-teste no grupo de intervenção didáctica (*Mean ranks*=20.5; 17.9). Mais

concretamente, das 74 participantes submetidas à intervenção didáctica, 24 diminuíram a sua atitude negativa face ao sexo seguro, 14 aumentaram e 36 mantiveram.

Quadro 69. Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=74): Barreiras face ao Sexo Seguro

Barreiras	-	+	=	Mean rank		Z	p
				Negative ranks	Positive ranks		
Baixa Percepção de Risco	31	16	27	22.6	26.6	-1.48	.138
Atitude Negativa face ao Sexo Seguro	24	14	36	20.5	17.9	-1.81	.070
Atitude do Parceiro Percebida como Negativa	16	12	46	16.5	11.7	-1.45	.146
Baixa Auto-eficácia Percebida na Comunicação	22	15	37	20.4	17.0	-1.50	.133

Os resultados dos testes de Wilcoxon para o grupo ACCENT, foram significativos para as escalas *Atitude Negativa face ao Sexo Seguro* ($p=.029$) e *Atitude do Parceiro Percebida como Negativa* ($p=.029$), tendo-se aproximado da significância para a *Baixa Auto-eficácia na Comunicação* ($p=.077$) (Quadro 70). Para a sub-escala *Atitude Negativa face ao Sexo Seguro* verifica-se uma diminuição dos valores do pré-teste para o pós-teste (*Mean ranks*=17.2; 15.0). Mais concretamente, das 70 participantes submetidas à intervenção ACCENT, 22 diminuíram a sua atitude negativa face ao sexo seguro, 10 aumentaram e 28 mantiveram. Na sub-escala *Atitude do Parceiro Percebida como Negativa* existe uma diminuição da percepção da atitude do parceiro (face ao sexo seguro) como negativa, do pré-teste para o pós-teste (*Mean ranks*=14.6; 12.5). Mais especificamente, das 70 participantes submetidas à intervenção ACCENT, 19 diminuíram a sua percepção da atitude do parceiro como negativa face ao sexo seguro, 8 aumentaram e 43 mantiveram. Por fim, na sub-escala *Baixa Auto-eficácia Percebida na Comunicação*, existe uma diminuição dos valores do pré-teste para o pós-teste (*Mean ranks*=22.6; 18.5). Assim, das 70 participantes submetidas à intervenção ACCENT, 25 diminuíram a sua baixa auto-eficácia percebida na comunicação, 16 aumentaram e 29 mantiveram.

Quadro 70. Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo ACCENT (n=70): Barreiras face ao Sexo Seguro

Barreiras	-	+	=	Mean rank		Z	p
				Negative ranks	Positive ranks		
Baixa Percepção de Risco	23	23	24	24.1	22.8	-.16	.873
Atitude Negativa face ao Sexo Seguro	22	10	38	17.2	15.0	-2.20	.029
Atitude do Parceiro Percebida como Negativa	19	8	43	14.6	12.5	-2.18	.029
Baixa Auto-Eficácia Percebida na Comunicação	25	16	29	22.6	18.5	-1.77	.077

Os resultados dos testes de Wilcoxon relativos às *barreiras face ao sexo seguro* foram não significativos para o grupo de Controlo (Quadro 71).

Quadro 71. Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Controlo (n=33): Barreiras face ao Sexo Seguro

Barreiras	-	+	=	Mean rank		Z	p
				Negative ranks	Positive ranks		
Baixa Percepção de Risco	3	1	29	2.2	3.5	-.557	.577
Atitude Negativa face ao Sexo Seguro	3	1	29	2.2	3.5	-.557	.577
Atitude do Parceiro Percebida como Negativa	0	3	30	0	2.0	-1.732	.083
Baixa Auto-eficácia Percebida na Comunicação	2	2	29	2.0	3.0	-.378	.705

A variável *Conhecimento Sexual* tem uma distribuição paramétrica, pelo que se testou a Hipótese 1 utilizando MANOVAS medidas repetidas. Verifica-se resultados significativos para o efeito de interacção *tempo x grupo* ($F=13.6$; $p=.000$) no total de respostas correctas (Quadro 72). As mulheres que participaram na intervenção em grupo (ACCENT) aumentaram o seu conhecimento sexual ($M1=10.0$; $M2=13.1$), tal como as que foram submetidas à intervenção individual ($M1=9.76$; $M2=13.1$),

comparativamente às mulheres do grupo de controlo (M1=10.8; M2=10.8). Não obstante, os testes *post hoc* indicam que não há diferenças significativas entre cada par de grupos nas mudanças observadas (ACCENT e ID, $p=1.000$; ID e controlo, $p=.375$; ACCENT e controlo, $p=.178$).

Quadro 72. Resultados das *Manovas* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=74), grupo ACCENT (n=70) e grupo de Controlo (n=33): Conhecimento Sexual – Total respostas correctas

Conhecimento Sexual: Total de Respostas Correctas	Didáctica		ACCENT		Controlo		F	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
<i>Tempo x grupo</i>							13.6	.000
Pré-teste	9.8	.386	10.0	.397	10.8	.578		
Pós-teste	13.1	.122	13.1	.126	10.8	.183		

Os conhecimentos específicos face à *transmissão do VIH* apresentam resultados significativos para o efeito *grupo* ($F=3.56$; $p=.000$), existindo ainda um efeito de interacção *tempo x grupo* ($F=19.03$; $p=.000$) (Quadro 73). Neste âmbito, verifica-se o mesmo padrão, ou seja, uma evolução nos conhecimentos de transmissão do VIH nas mulheres do G.ID (M1=5.54; M2=7.88) e do G.A (M1=5.79; M2=7.87), comparativamente às mulheres do G.C (M1=6.21; M2=6.15). Os testes *post hoc* indicam que a diferença entre o grupo de Controlo e o grupo ACCENT é significativa ($p=.025$), a diferença entre o G.C e o G.ID aproxima a significância ($p=.095$), enquanto que a diferença entre o G.A e o G.ID não é significativa ($p=1.000$).

Quadro 73. Resultados das *Manovas* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=74), grupo ACCENT (n=70) e grupo de Controlo (n=33): Conhecimentos sobre a Transmissão do VIH

Conhecimentos: Transmissão	Didáctica		ACCENT		Controlo		F	p
Grupo	M	DP	M	DP	M	DP	3.56	.000
	6.71	.135	6.84	.139	6.18	.202		
Tempo x grupo	Didáctica		ACCENT		Controlo		19.03	.000
	M	DP	M	DP	M	DP		
	5.54	.237	5.79	.243	6.21	.355		
	7.88	.075	7.87	.078	6.15	.113		
Pré-teste								
Pós-teste								

No que diz respeito ao *conhecimento sobre a prevenção do VIH*, as análises indicam uma interacção significativa *tempo x grupo* ($F=4.37$; $p=.014$) (Quadro 74). De facto, verifica-se um aumento do conhecimento relativo à prevenção do VIH nos dois grupos de intervenção, sendo mais elevado no G.ID ($M_1=4.20$; $M_2=5.22$) e no G.A ($M_1=4.21$; $M_2=5.24$), quando comparados com o G.C ($M=4.61$; $M=4.67$) que parece variar pouco no tempo em termos de níveis de conhecimento. No entanto, os testes *post hoc* indicam que as diferenças entre cada par de grupos nas mudanças observadas, não são significativas ($p=1.000$; $p=1.000$; $p=1.000$).

Quadro 74. Resultados das *Manovas* para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=74), grupo ACCENT (n=70) e grupo de Controlo (n=33): Conhecimentos sobre a Prevenção do VIH

Conhecimentos: Prevenção	Didáctica		ACCENT		Controlo		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Tempo x grupo							4.37	.014
Pré-teste	4.20	.192	4.21	.198	4.61	.288		
Pós-teste	5.22	.094	5.24	.096	4.67	.140		

As escalas do COR-E seguem uma distribuição não paramétrica pelo que se realizaram testes de Wilcoxon. As estatísticas descritivas para estas escalas encontram-se no quadro 75.

Quadro 75. Médias e Desvios Padrão do COR-E e respectivas Sub-escalas, no pré e pós-teste, nos três grupos (Didáctica, ACCENT e Controlo)

COR-E	Didáctica		ACCENT		Controlo	
	M	DP	M	DP	M	DP
COR-E stress social (T1)	4.51	4.60	5.10	4.54	2.30	2.43
COR-E stress social (T2)	2.35	2.59	2.84	2.91	2.33	2.30
COR-E stress tempo (T1)	3.12	1.95	3.15	2.45	2.12	1.67
COR-E stress tempo (T2)	2.35	1.68	2.01	1.72	2.03	1.74
COR-E stress condições domésticas (T1)	4.46	4.22	4.47	4.39	1.78	2.16
COR-E stress condições domésticas (T2)	1.55	1.52	2.68	3.10	2.42	3.09
COR-E stress financeiro (T1)	5.79	4.98	6.81	5.35	1.93	3.06
COR-E stress financeiro (T2)	3.66	3.68	5.08	4.68	2.39	3.22
Total COR-E (T1)	21.21	16.99	23.47	18.43	9.27	8.26
Total COR-E (T2)	12.01	8.65	15.62	11.53	10.33	8.36

Os resultados dos testes de Wilcoxon para o questionário de *Avaliação dos Recursos* (COR-E) atingem a significância nas seguintes sub-escalas de stress no grupo de intervenção didáctica (Quadro 76): social ($p=.000$), saúde ($p=.000$), tempo ($p=.001$), condições domésticas ($p=.000$), financeiro ($p=.000$) e COR-E total ($p=.000$). Os valores encontrados indicam que existe uma diminuição na perda de recursos sociais (*Mean ranks*=28.2; 17.1), nos recursos de saúde (*Mean ranks*=26.0; 15.4), de tempo (*Mean ranks*=24.6; 18.6), de condições domésticas (*Mean ranks*=26.0; 10.8), financeiros (*Mean ranks*=26.5; 15.8) e no total da perda de recursos (*Mean ranks*=34.1; 17.9). Observa-se, assim, uma diminuição da perda de recursos nas participantes submetidas à intervenção didáctica do momento pré-teste ao momento pós-teste.

Quadro 76. Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=74): COR-E

COR-E	-	+	=	Mean rank		Z	p
				Negative ranks	Positive ranks		
Stress Social	35	14	25	28.2	17.1	-3.72	.000
Stress Tempo	33	12	29	24.6	18.6	-3.35	.001
Stress C./Domésticas	36	9	29	26.0	10.8	-4.77	.000
Stress Financeiro	33	13	28	26.5	15.8	-3.67	.000
Total COR-E	39	18	17	34.1	17.9	-4.02	.000

No grupo ACCENT (Quadro 77), os resultados dos testes de Wilcoxon foram significativos nas sub-escalas *stress* social ($p=.000$), de tempo ($p=.000$), condições domésticas ($p=.001$), financeiro ($p=.009$) e COR-E total ($p=.000$). Os valores encontrados nas *Mean ranks* indicam que existe uma diminuição na perda de recursos sociais (*Mean ranks*=27.8; 18.1), recursos de tempo (*Mean ranks*=24.7; 16.9), recursos de condições domésticas (*Mean ranks*=27.3; 14.3), recursos financeiros (*Mean ranks*=27.6; 21.5), e no total da avaliação da perda de recursos (COR-E Total) (*Mean ranks*=29.8; 16.3). Observa-se, assim, uma diminuição da perda de recursos nas participantes submetidas à intervenção ACCENT do momento pré-teste ao momento pós-teste.

Quadro 77. Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo ACCENT (n=70): COR-E

COR-E	-	+	=	Mean rank		Z	p
				Negative ranks	Positive ranks		
Stress Social	35	14	21	27.8	18.1	-3.59	.000
Stress Tempo	35	10	25	24.7	16.9	-3.96	.000
Stress C./Domésticas	30	15	25	27.3	14.3	-3.42	.001
Stress Financeiro	33	17	20	27.6	21.5	-2.63	.009
Total COR-E	34	16	20	29.8	16.3	-3.64	.000

Os resultados dos testes de Wilcoxon apenas se apresentam como estatisticamente significativos na sub-escala *stress* financeiro, para o grupo de controlo

($p=.048$) (Quadro 78). Em contraste com os grupos de intervenção, verifica-se um aumento da perda de recursos financeiros do pré para o pós-teste.

Quadro 78. Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Controlo ($n=33$): COR-E

COR-E	-	+	=	Mean rank		Z	p
				Negative ranks	Positive ranks		
Stress Social	1	2	30	2.50	1.75	-.272	.785
Stress Tempo	2	2	29	3.50	1.50	-.736	.461
Stress C./Domésticas	3	6	24	4.67	5.17	-1.01	.313
Stress Financeiro	1	6	26	2.50	2.25	-1.98	.048
Total COR-E	4	8	21	5.38	7.06	-1.38	.167

A Hipótese 1 foi testada usando testes de Wilcoxon para o *Suporte Social*. No quadro 79 apresentam-se as respectivas estatísticas descritivas.

Quadro 79. Médias e Desvios Padrão do Suporte Social, no pré e pós-teste, nos três grupos (Didáctica, ACCENT e Controlo)

Suporte Social	Didáctica		ACCENT		Controlo	
	M	DP	M	DP	M	DP
Suporte Social (T1)	17.41	2.183	16.30	3.113	17.51	1.734
Suporte Social (T2)	17.27	2.360	17.07	2.704	17.51	1.734

Os resultados obtidos através dos testes de Wilcoxon (Quadro 80) permitem verificar que as mudanças pré-pós só são significativas para o grupo ACCENT ($p=.048$). Os valores encontrados indicam que existe um aumento no suporte social ($Mean\ ranks=19.4$; 23.5). Mais concretamente, das 70 participantes submetidas à intervenção ACCENT, 27 tiveram aumento no suporte social, 16 diminuição e 27 mantiveram.

Quadro 80. Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=74), grupo ACCENT (n=70) e grupo de Controlo (n=33): Suporte Social

Suporte Social	-	+	=	Mean rank		Z	p
				Negative ranks	Positive ranks		
Grupo Didáctica	24	22	28	23.5	23.4	-.28	.781
Grupo ACCENT	16	27	27	19.4	23.5	-1.98	.048
Grupo Controlo	2	2	29	2.5	2.5	.00	1.000

Variáveis de Comportamento

Nos resultados relativos à *Actividade Actual* do uso do preservativo (compra, intenção de comprar, etc.), não se verifica efeitos significativos da interacção *tempo x grupo* ($F=.981$; $p=.377$) (Quadro 81).

Quadro 81. Resultados das *Manovas* para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=74), grupo ACCENT (n=70) e grupo de Controlo (n=33): Actividade Actual (compra, intenção de comprar, etc.)

Actividade Actual (compra, intenção de comprar, etc.)	Didáctica		ACCENT		Controlo		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
<i>Tempo x grupo</i>							.981	.377
Pré-teste	4.24	.290	4.03	.298	3.85	.434		
Pós-teste	4.61	.292	4.49	.300	3.73	.437		

Para a variável *Uso do Preservativo nos Últimos Quatro Actos Sexuais* foram novamente utilizados testes não paramétricos. As estatísticas descritivas da mesma encontram-se no quadro 82.

Quadro 82. Médias e Desvios Padrão do Uso de Preservativos nos Últimos 4 actos sexuais, no pré e pós-teste, nos três grupos (Didáctica, ACCENT e Controlo)

Uso de Preservativos nos Últimos 4 actos sexuais	Didáctica		ACCENT		Controlo	
	M	DP	M	DP	M	DP
(T1)	2.22	1.786	1.70	1.780	1.81	1.861
(T2)	2.18	1.825	2.12	1.879	1.75	1.887

Os resultados dos testes de Wilcoxon apenas foram significativos para o grupo ACCENT ($p=.053$) (Quadro 83). Os valores encontrados indicam que existe um aumento no uso do preservativo nos últimos 4 actos sexuais. Mais concretamente, das 70 participantes submetidas à intervenção ACCENT, 20 aumentaram o uso do preservativo nos últimos 4 actos sexuais, 8 diminuíram e 42 mantiveram.

Quadro 83. Resultados dos Testes de Wilcoxon para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica ($n=74$), grupo ACCENT ($n=70$) e grupo de Controlo ($n=33$): Uso de Preservativos nos Últimos 4 actos sexuais

Uso de Preservativos nos Últimos 4 actos sexuais	-	+	=	Mean rank		Z	p
				Negative ranks	Positive ranks		
Grupo Didáctica	13	13	48	14.0	12.9	-.18	.858
Grupo ACCENT	8	20	42	14.9	14.4	-1.93	.053
Grupo Controlo	1	2	30	3.0	1.5	.00	1.000

Em suma, a hipótese 1 foi confirmada para uma grande parte das variáveis sociais e cognitivas e para uma das variáveis do comportamento. A hipótese 1 foi confirmada para as seguintes variáveis sociais e cognitivas: auto-eficácia na negociação do preservativo (Intervenção Didáctica), percepção de risco pessoal (Intervenção Didáctica), percepção de risco na comunidade (Intervenção ACCENT), atitude negativa face ao sexo seguro (Intervenção ACCENT), atitude do parceiro percebida como negativa (Intervenção ACCENT), conhecimento sobre a transmissão do VIH (Intervenção ACCENT), *stress* social, tempo, condições domésticas, financeiro, COR-E

total (ambos os grupos de intervenção) e suporte social (Intervenção ACCENT). A Hipótese 1 também se comprovou para a variável do comportamento sexual, uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais (Intervenção ACCENT). Aproximaram-se da significância as variáveis de depressão (CES-D total) e a sub-escala sintomas somáticos, a auto-eficácia geral (em ambas as intervenções), a baixa auto-eficácia percebida na comunicação (Intervenção ACCENT) e a atitude negativa face ao sexo seguro (Intervenção Didáctica). Não obstante, a hipótese 1 não foi confirmada a curto prazo para a variável de bem-estar, auto-estima, e para a variável social e cognitiva, baixa percepção de risco e a variável comportamental actividade actual (intenção e compra do preservativo).

Tabela 1. Coeficientes de correlação de *Spearman* para as variáveis de resultado DIF (ganhos) no pós-teste no G.ID (n=74)

	1	2	3	4	5	6
(1) CES-D Total						
(2) Auto-Eficácia Geral	.221					
(3) Auto-Eficácia na Negociação	.185	.189				
(4) Percepção de Risco Pessoal	.130	.036	.113			
(5) Conhecimento Sexual Total	-.112	.134	.295*	.158		
(6) Conhecimento Transmissão	-.175	.129	.224	.113	.851**	
(7) Conhecimento Prevenção	.201	.164	.218	.136	.589**	.395**
(8) COR-E	.331**	.332**	.347**	.172	.395**	.389**
(9) Suporte Social	.337**	.111	.185	.227	.039	-.011
(10) Actividade Actual (intenção, compra)	.082	.101	.194	.199	-.022	-.055
(11) Uso de Preservativos	.083	-.099	.065	.029	.020	-.007

Tabela 1. Coeficientes de correlação de *Spearman* para as variáveis de resultado DIF (ganhos) no pós-teste no G.ID (n=74) (cont.)

	7	8	9	10
(7) Conhecimento Prevenção				
(8) COR-E	.375**			
(9) Suporte Social	.094	.236*		
(10) Actividade Actual (intenção, compra)	.190	.296*	.113	
(11) Uso de Preservativos	.073	.158	.074	.163

* $p \leq .05$

** $p \leq .01$

*** $p \leq .001$

Na tabela 1 encontram-se os resultados das variáveis DIF, correspondentes à diferença entre os valores de pré e pós-teste $[(\text{pós-pré})^2]$ para os efeitos a curto prazo, os quais representam os ganhos obtidos com as intervenções nas diferentes variáveis de resultado. A diminuição na depressão correlaciona-se com ganhos nas variáveis sociais COR-E ($r=.33$) e suporte social ($r=.34$). A variável cognitiva auto-eficácia geral relaciona-se apenas com a perda de recursos ($r=.33$), verificando-se que quanto maiores os ganhos na auto-eficácia geral maior a diminuição na perda de recursos. Apesar do aumento na percepção de risco pessoal no G.ID, este aumento não se correlaciona significativamente com outras variáveis de resultado, à excepção do suporte social ($r=.23$) e da actividade actual ($r=.20$) que se aproximam da significância indicando que com o aumento da percepção de risco pessoal se verifica um aumento do suporte social e da intenção e compra do preservativo. O aumento do conhecimento sexual (total respostas correctas) correlaciona-se com a diminuição na perda de recursos ($r=.39$), apoiando a ideia de que o conhecimento pode constituir-se como um recurso e potencia outros recursos, correlacionando-se com a diminuição do *stress*. Também se correlaciona positivamente com o aumento da auto-eficácia na negociação do preservativo ($r=.30$). No entanto, não se verifica uma correlação significativa entre o aumento de conhecimentos e as variáveis de comportamento. Um padrão semelhante se observa para os conhecimentos sobre a transmissão e prevenção do VIH. Contudo, o conhecimento sobre a prevenção apresenta uma correlação positiva com a intenção e

compra do preservativo ($r=.19$), embora não significativa. A diminuição do *stress*, avaliada aqui como a perda de recursos, encontra-se correlacionada com o aumento da auto-eficácia geral, com a auto-eficácia na negociação do preservativo, do conhecimento sexual, do suporte social, e a intenção e compra do preservativo, sendo uma variável importante neste grupo.

Tabela 2. Coeficientes de correlação de *Spearman* para as variáveis de resultado DIF (ganhos) no pós-teste no G.ACCENT (n=70)

	1	2	3	4	5	6
(1) CES-D Total						
(2) Auto-Eficácia Geral	.189					
(3) Percepção de Risco na Comunidade	.152	.169				
(4) Atitude negativa face ao sexo seguro	.198	.162	.243*			
(5) Atitude do parceiro percebida como negativa	-.028	.171	-.123	.386**		
(6) Baixa auto-eficácia percebida na comunicação	.177	.348**	.058	.410**	.430**	
(7) Conhecimento Sexual Total	-.018	.235*	.044	.041	.254*	.178
(8) Conhecimento Transmissão	-.010	.192	-.093	.048	.277*	.050
(9) Conhecimento Prevenção	.183	.228	.057	.119	.242*	.322**
(10) COR-E	.189	.332**	.203	.332**	.031	.272*
(11) Suporte Social	.133	.414**	.090	.362**	.049	.420**
(12) Actividade Actual (intenção, compra)	-.017	.488**	.199	.237*	.309**	.296*
(13) Uso de Preservativos	.043	.132	.042	.169	.050	.059

Tabela 2. Coeficientes de correlação de *Spearman* para as variáveis de resultado DIF (ganhos) no pós-teste no G.ACCENT (n=70) (cont.)

	7	8	9	10	11	12	13
(7) Conhecimento Sexual Total							
(8) Conhecimento Transmissão	.828**						
(9) Conhecimento Prevenção	.638**	.388**					
(10) COR-E	.230	.112	.281*				
(11) Suporte Social	-.171	-.144	-.014	.349**			
(12) Actividade Actual (intenção, compra)	.185	.158	.228	.304*	.195		
(13) Uso de Preservativos	.119	.135	.117	.105	-.040	.318**	

* $p \leq .05$

** $p \leq .01$

*** $p \leq .001$

No G. ACCENT verifica-se um padrão diferente de correlações relativamente aos ganhos obtidos com a intervenção (ver tabela 2). O aumento da auto-eficácia geral correlaciona-se positivamente com o aumento da auto-eficácia na negociação do preservativo ($r=.38$) e com a diminuição da baixa auto-eficácia percebida na comunicação ($r=.35$). Também se correlaciona positivamente com o aumento do conhecimento sexual total ($r=.24$), com a diminuição da perda de recursos ($r=.33$), com o aumento do suporte social ($r=.42$) e muito significativamente com o aumento na intenção e compra do preservativo ($r=.49$), embora não se correlacione significativamente com o uso do preservativo. O aumento da percepção de risco na comunidade correlaciona-se positivamente com a diminuição da barreira atitude negativa face ao sexo seguro ($r=.24$). Por outro lado, a diminuição desta barreira correlaciona-se positivamente com as mudanças obtidas nas outras barreiras ($r=.39$, $r=.41$). A diminuição da atitude negativa face ao sexo seguro está também relacionada com a diminuição na perda de recursos ($r=.33$) e com o aumento do suporte social

($r=.36$), assim como com o aumento da actividade actual ($r=.24$). A diminuição na atitude do parceiro percebida como negativa correlaciona-se com o aumento do conhecimento sexual total e da transmissão e prevenção do VIH ($r=.25$, $r=.28$, $r=.24$), assim como com o aumento na intenção e compra do preservativo ($r=.31$). Por sua vez, o aumento da baixa auto-eficácia percebida na comunicação relaciona-se com o aumento no conhecimento preventivo ($r=.32$), com a diminuição na perda de recursos ($r=.27$), com o aumento do suporte social ($r=.42$) e actividade actual ($r=.30$). Os ganhos ao nível do conhecimento sexual correlacionam-se com os ganhos na auto-eficácia geral, mas não com as mudanças nas variáveis cognitivas ou comportamentais. O aumento do conhecimento transmissão e prevenção do VIH relaciona-se positivamente com a diminuição na perda de recursos ($r=.28$) e com a actividade actual ($r=.23$). O aumento do uso do preservativo correlaciona-se apenas significativamente com a intenção e compra do preservativo ($r=.32$).

5.2.2 Eficácia Relativa do Programa ACCENT e Didáctico

A Hipótese 2 previa uma diferença significativa entre o grupo submetido à intervenção ACCENT e o grupo submetido à abordagem didáctica/informativa (ID), do momento pré-teste ao momento pós-teste, nas variáveis estudadas (variáveis de bem-estar, sociais e cognitivas, e de comportamento sexual), no sentido de melhores resultados para o grupo submetido à intervenção ACCENT.

Em termos da avaliação da eficácia, em primeiro lugar procurou-se comparar o grupo submetido à intervenção ACCENT (G.A), que engloba a exposição ao conflito juntamente com o treino de competências de resolução/negociação de conflito, e o grupo submetido à abordagem didáctica/informativa (G.ID). Espera-se que no grupo ACCENT as alterações encontradas apontem no sentido de um aumento da auto-estima, diminuição da depressão, aumento da auto-eficácia (geral e na negociação do preservativo), da percepção de risco, uma diminuição das barreiras face ao sexo seguro, aumento do conhecimento sexual e do comportamento sexual seguro (utilização do preservativo de forma consistente e correcta). Prevê-se que estes ganhos serão mais significativos na intervenção ACCENT do que na intervenção didáctica devido ao conteúdo da primeira envolver o treino de competências relacionais e ser mais alargada.

À semelhança da hipótese 1, para analisar a significância das diferenças entre o grupo ACCENT e o grupo de Intervenção Didáctica, nas variáveis paramétricas, serão

utilizadas análises de multivariância (MANOVAS) para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) tendo como factores as variáveis grupo e tempo e como variáveis dependentes as variáveis psicossociais de resultado previamente mencionadas (por exemplo, a auto-eficácia). Serão novamente salientados os efeitos de *grupo* e os efeitos de interacção *tempo*×*grupo*. Para esta hipótese serão também descritos os efeitos significativos da variável tempo, uma vez que demonstram a evolução do pré para o pós-teste nas variáveis consideradas, independentemente do tipo de intervenção. No sentido de testar a hipótese 2 nas variáveis não paramétricas foi utilizado o teste de *Wilcoxon*, desenhado para uso com medidas repetidas (Pallant, 2001). Tal como na hipótese 1, serão primeiro apresentados os resultados relativos às variáveis de bem-estar (e.g., depressão), seguidos das variáveis sociais e cognitivas (e.g., auto-eficácia), e das variáveis de comportamento sexual (e.g., uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais).

Variáveis de Bem-Estar

No que respeita aos resultados obtidos para a *Escala de Depressão* (CES-D), as análises indicam diferenças significativas ($F=22.9$; $p=.000$) no tempo para ambos os grupos (Quadro 84), ou seja, verifica-se uma diminuição da depressão após as intervenções ($M_1=18.3$; $M_2=14.1$). Nas dimensões da *Escala de Depressão*, os resultados também mostram uma diminuição no tempo após as intervenções: *Afecto Depressivo* ($M_1=4.77$; $M_2=3.40$), *Afecto Positivo* ($M_1=4.63$; $M_2=3.83$), *Sintomas Somáticos* ($M_1=8.00$; $M_2=6.39$), e medida *Interpessoal* ($M_1=.857$; $M_2=.569$).

Quadro 84. Resultados significativos das *Manovas* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica ($n=74$) e grupo ACCENT ($n=70$): CES-D

CES-D	M	DP	F	p
Afecto Depressivo			15.6	.000
<i>Tempo</i>				
Pré-teste	4.77	.363		
Pós-teste	3.40	.309		
Afecto Positivo			10.7	.001
<i>Tempo</i>				
Pré-teste	4.63	.250		
Pós-teste	3.83	.239		

Quadro 84. Resultados significativos das *Manovas* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=74) e grupo ACCENT (n=70): CES-D (cont.)

CES-D	M	DP	F	p
Sintomas Somáticos			18.1	.000
<i>Tempo</i>				
Pré-teste	8.00	.374		
Pós-teste	6.39	.351		
Interpessoal			8.2	.005
<i>Tempo</i>				
Pré-teste	.86	.103		
Pós-teste	.57	.081		
Ces-d Total			22.9	.000
<i>Tempo</i>				
Pré-teste	18.25	.878		
Pós-teste	14.15	.811		

Não se verificam efeitos significativos *tempo* × *grupo* para a escala do CES-D total e suas dimensões (Quadro 85).

Quadro 85. Resultados das *Manovas* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=74) e grupo ACCENT (n=70): CES-D

CES-D	Didáctica		ACCENT		F	p
	M	DP	M	DP		
Afecto Depressivo						
<i>Tempo x grupo</i>					.188	.665
Pré-teste	4.74	.506	4.80	.521		
Pós-teste	3.17	.431	3.54	.443		
Afecto Positivo						
<i>Tempo x grupo</i>					.142	.707
Pré-teste	4.39	.348	4.86	.358		
Pós-teste	3.68	.333	3.97	.343		
Sintomas Somáticos						
<i>Tempo x grupo</i>					.127	.722
Pré-teste	8.12	.521	7.87	.536		
Pós-teste	6.65	.490	6.12	.504		
Interpessoal						
<i>Tempo x grupo</i>					1.251	.265
Pré-teste	.74	.143	.97	.147		
Pós-teste	.57	.113	.57	.117		
Ces-d Total						
<i>Tempo x grupo</i>					.046	.831
Pré-teste	18.00	1.225	18.50	1.259		
Pós-teste	14.08	1.131	14.21	1.163		

Na *Escala de Auto-Estima* verificou-se um efeito significativo do *tempo* ($F=14.53$; $p=.000$), indicando um aumento da auto-estima em ambos os grupos após a intervenção ($M1=19.9$; $M2=20.9$) (Quadro 86). Não se verificam efeitos significativos *tempo* \times *grupo* para a escala ($F=.018$; $p=.894$).

Quadro 86. Resultados das *Manovas* para Medidas Repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica ($n=74$) e grupo ACCENT ($n=70$): Auto-Estima

Auto-estima	M		DP		F	P
Tempo					14.531	.000
Pré-teste	19.93		.330			
Pós-teste	20.87		.350			
Tempo × grupo	Didáctica		ACCENT		.018	.894
	M	DP	M	DP		
	Pré-teste					
	Pós-teste					

Variáveis Sociais e Cognitivas

Relativamente à *auto-eficácia geral*, os resultados das *Manovas* foram significativos para as variações no tempo em ambos os grupos ($F=15.2$; $p=.000$), verificando-se um aumento significativo na *Escala de Auto-Eficácia* do pré-teste para o pós-teste ($M1=49.1$ e $M2=51.3$). No entanto, não se verificaram efeitos significativos *tempo* \times *grupo* ($F= 1.57$; $p=.212$) (Quadro 87).

Quadro 87. Resultados das *Manovas* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica ($n=74$) e grupo ACCENT ($n=70$): Auto-Eficácia Geral

Auto-eficácia geral	M		DP		F	p
<i>Tempo</i>					15.21	.000
Pré-teste	49.06		.762			
Pós-teste	51.31		.707			
<i>Tempo x grupo</i>	Didáctica		ACCENT		1.57	.212
	M	DP	M	DP		
	49.16	1.063	48.96	1.093		
	Pré-teste					
	Pós-teste					
	50.69	.985	51.93	1.013		

No que respeita aos resultados obtidos através da escala de *auto-eficácia na negociação do preservativo*, como já foi registado quando se apresentou a hipótese 1, os resultados do teste de *Wilcoxon* foram significativos no grupo de intervenção didáctica ($p=.020$) mas não no grupo ACCENT (ver quadro 63, hipótese 1).

Em relação à *percepção de risco*, os resultados (ver quadro 65, hipótese 1), indicam apenas uma diferença pré-pós significativa na percepção de risco pessoal para o G.ID ($p=.004$). Os valores encontrados indicam que existe um aumento na percepção de risco pessoal face ao VIH (*Negative ranks*=12.5; *Positive ranks*=15.2). A *percepção de risco na comunidade* apresenta diferenças pré-pós significativas no grupo ACCENT ($p=.012$) (ver quadro 66, hipótese 1). Os valores encontrados indicam que existe um aumento da percepção de risco na comunidade face ao VIH (*Negative ranks*=10.0; *Positive ranks*=11.3). Não se verificaram diferenças pré-pós significativas para o *conversar com o parceiro sobre o VIH*, nem para a *percepção de risco do parceiro* em ambos os grupos (ver quadros 65 e 66, hipótese 1).

Como se pode observar no quadro já apresentado para a hipótese 1 (Quadro 70), em termos do questionário de barreiras verificam-se ganhos após a intervenção ACCENT nas sub-escalas *Atitude Negativa face ao Sexo Seguro* ($p=.029$) e *Atitude do Parceiro Percebida como Negativa* ($p=.029$). Verifica-se uma diminuição da atitude negativa face ao sexo seguro do pré-teste para o pós-teste no (*Negative ranks*=17.2; *Positive ranks*=15.0) e uma diminuição da percepção da *Atitude do Parceiro Percebida como Negativa* (face ao sexo seguro) (*Negative ranks*=14.6; *Positive ranks*=12.5). Por fim, a sub-escala *Baixa Auto-eficácia Percebida na Comunicação* do questionário de barreiras apresenta um valor que se aproxima da significância ($p=.077$), sugerindo que existe uma diminuição da baixa auto-eficácia percebida na comunicação, do pré-teste para o pós-teste, no grupo ACCENT (*Negative ranks*=22.6; *Positive ranks*=18.5). No grupo ID, a *atitude negativa face ao sexo seguro* também se aproxima da significância ($p=.070$), mas não há diferenças pré-pós significativas para as outras três sub-escalas (ver quadro 69, hipótese 1).

Em termos do *conhecimento sexual*, observa-se um efeito significativo do tempo ao nível da eficácia das intervenções ($F=118.4$; $p=.000$) (Quadro 88). De facto, existe um aumento do conhecimento desde o pré-teste para o pós-teste, tal como pode ser observado pela evolução das médias ($M1=9.88$; $M2=13.1$). Este aumento de conhecimentos verifica-se também ao nível da transmissão do VIH ($F=156.0$; $p=.000$) e

sobre a prevenção do VIH (F=43.6; p=.000) (M1=5.66, M2=7.88; M1=4.21, M2=5.23). No entanto, não se verificam efeitos significativos *tempo*×*grupo* para a escala total (F=.109; p=.742), transmissão do VIH (F=.448; p=.504) e prevenção do VIH (F=.002; p=.961).

Quadro 88. Resultados significativos das *Manovas* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica (n=74) e grupo ACCENT (n=70): Conhecimento Sexual

Conhecimento Sexual	M	DP	F	p
Total de Respostas Correctas			118.42	.000
<i>Tempo</i>				
Pré-teste	9.88	.300		
Pós-teste	13.11	.070		
Transmissão			156.00	.000
<i>Tempo</i>				
Pré-teste	5.66	.182		
Pós-teste	7.88	.034		
Prevenção			43.57	.000
<i>Tempo</i>				
Pré-teste	4.21	.147		
Pós-teste	5.23	.060		

No que respeita aos resultados obtidos através do *questionário de avaliação dos recursos* (COR-E), como se verificou no quadro apresentado na hipótese 1 (Quadro 76), as diferenças pré-pós foram significativas no G.ID para as sub-escalas *stress social* (p=.000), *stress tempo* (p=.001), *stress condições domésticas* (p=.000), *stress financeiro* (p=.000), e COR-E total (p=.000). Os valores encontrados indicam que existe uma diminuição na perda de recursos sociais, recursos de tempo, recursos de condições domésticas, recursos financeiros, e no total da avaliação da perda de recursos (COR-E Total). No grupo ACCENT verificam-se igualmente diferenças significativas pré-pós nas sub-escalas *stress social* (p=.000), *stress tempo* (p=.000), *stress condições domésticas* (p=.001), *stress financeiro* (p=.009), e COR-E total (p=.000) (ver quadro 77, hipótese 1). Ao comparar os ganhos dos dois grupos de intervenção através dos testes U de *Mann Whitney*, verifica-se que as diferenças entre o G.ID e o G.ACCENT não são estatisticamente significativas na perda de recursos sociais (p=.908), recursos de tempo (p=.456), recursos de condições domésticas (p=.601), recursos financeiros (p=.419), e no total da avaliação da perda de recursos (COR-E Total) (p=.984).

Relativamente ao *Suporte Social*, os resultados foram significativos para o grupo ACCENT ($p=.048$) (ver quadro 79, hipótese 1), mas não para o G.ID. Os valores encontrados indicam que existe um aumento no suporte social no grupo ACCENT (*Negative ranks*=19.4; *Positive ranks*=23.5). Mais concretamente, das 70 participantes submetidas à intervenção ACCENT, 27 tiveram aumento no suporte social, 16 diminuição e 27 mantiveram.

Variáveis de Comportamento

Os resultados da eficácia das intervenções revelam que em ambos os grupos existe um aumento significativo da intenção e compra do preservativo após as mesmas ($F=5.16$; $p=.025$) (Quadro 89). Verifica-se que as médias do grupo submetido à intervenção didáctica evoluem de 4.24 para 4.61 no pós-teste, e as médias do grupo ACCENT evoluem de 4.03 para 4.49, pelo que não se verificam diferenças significativas entre os grupos (efeito *tempo* \times *grupo*: $F=.065$; $p=.799$).

Quadro 89. Resultados significativos das *Manovas* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de Intervenção Didáctica ($n=74$) e grupo ACCENT ($n=70$): Actividade Actual (Intenção e Compra do Preservativo)

Actividade Actual (Intenção e Compra do Preservativo)	M	DP	F	p
<i>Tempo</i>			5.16	.025
Pré-teste	4.14	.208		
Pós-teste	4.55	.208		

Em relação ao *uso do preservativo nos últimos 4 actos sexuais*, o valor de Z é significativo para o grupo ACCENT ($p=.053$) mas não para o G.ID ($p=.858$) (ver quadro 82, hipótese 1). Das 70 participantes submetidas à intervenção ACCENT, 20 aumentaram o uso do preservativo nos últimos 4 actos sexuais, 8 diminuíram e 42 mantiveram.

Em suma, a hipótese 2 não foi confirmada para as variáveis de bem-estar (depressão e auto-estima), nem para as variáveis sociais e cognitivas auto-eficácia geral, baixa percepção de risco, conhecimentos, perda de recursos, e na variável de comportamento sexual, actividade actual. Assim, a curto prazo, ambas as intervenções

são eficazes na diminuição da depressão, no aumento da auto-estima, da auto-eficácia e dos conhecimentos, mas não se verificam diferenças significativas entre ambas. Na baixa percepção de risco, as duas intervenções não produziram resultados significativos. A hipótese 2 também não foi confirmada para a auto-eficácia na negociação do preservativo e na percepção de risco pessoal, uma vez que o G.ID apresenta ganhos pós-intervenção superiores ao G.ACCENT.

A hipótese 2 foi confirmada para a percepção de risco na comunidade e barreiras face ao sexo seguro, atitude negativa face ao sexo seguro, atitude do parceiro percebida como negativa e baixa auto-eficácia percebida na comunicação, com melhores resultados para o G.ACCENT. O mesmo se verifica para o suporte social e uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais.

5.2.3 Efeitos a Longo Prazo das Intervenções (seguimentos de 3 e 6 meses): Comparação dos Grupos Didáctica, ACCENT e Controlo

A Hipótese 3 previa que os ganhos obtidos na Intervenção ACCENT e na Intervenção Didáctica, nas variáveis de bem-estar, sociais e cognitivas, e de comportamento sexual estudadas, se mantivessem ao longo do tempo nos seguimentos de três e seis meses.

Em termos da avaliação da manutenção dos ganhos, em primeiro lugar procurou-se comparar o grupo submetido à intervenção ACCENT (G.A), que engloba a exposição ao conflito juntamente com o treino de competências de resolução/negociação de conflito, o grupo submetido à abordagem didáctica/informativa (G.ID) e o grupo de controlo nas mudanças ao longo do tempo (pré-teste, pós-teste, seguimentos de 3 e 6 meses). Espera-se que nos grupos submetidos a intervenções (Didáctica e ACCENT) haja uma manutenção dos ganhos ou que estes se potenciem, enquanto que nos participantes sem intervenção não se espera qualquer mudança significativa no sentido desejado.

Para analisar a manutenção dos ganhos a médio e a longo prazo serão utilizadas análises de multivariância (MANOVAS) para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, seguimentos de 3 e 6 meses) tendo como factores as variáveis grupo e tempo e como variáveis dependentes as variáveis psicossociais de resultado previamente mencionadas (por exemplo, a auto-eficácia). Em termos da avaliação da eficácia a longo prazo, o nosso foco será nos efeitos de *grupo* e nos efeitos de interação *tempo*×*grupo*. No

sentido de saber se existe uma mudança no tempo (pré-teste, pós-teste, seguimentos de 3 e 6 meses) nas variáveis não paramétricas, utilizámos o teste de *Friedman*. Tal como na hipótese 2, serão primeiro apresentados os resultados relativos às variáveis de bem-estar (e.g., depressão), seguidos das variáveis sociais e cognitivas (e.g., auto-eficácia), e das variáveis de comportamento sexual (e.g., uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais). Houve alguma mortalidade experimental a longo prazo, embora tenha sido pequena, nos grupos ACCENT (11.5%) e ID (12.2%).

Variáveis de Bem-Estar

No quadro 90 encontram-se os resultados das *Manovas* para medidas repetidas para a *depressão*. Não se verificaram efeitos de interacção *tempo* × *grupo* ao nível das variáveis de bem-estar, nomeadamente na depressão (*CES-D total*, $F=1.29$; $p=.263$) e respectivas sub-escalas: *Afecto Depressivo* ($F=.882$; $p=.508$), *Afecto Positivo* ($F=1.41$; $p=.211$), *Sintomas Somáticos* ($F=1.73$; $p=.114$) e *Interpessoal* ($F=1.13$; $p=.346$). No entanto, uma análise das médias dos grupos de intervenção mostra que a diminuição na depressão observada no pós-teste se mantém aos 3 e 6 meses, padrão que também se observa nas respectivas sub-escalas. No grupo de controlo, verifica-se que a depressão não aumenta com o tempo, mantendo-se estável a longo prazo.

Quadro 90. Resultados das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (n=65), grupo ACCENT (n=62) e grupo de Controlo (n=33): CES-D

CES-D	Didáctica		ACCENT		Controlo		F	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
Afecto Depressivo							.89	.508
<i>Tempo x grupo</i>	4.95	.543	4.84	.556	4.00	.763		
Pré-teste	3.15	.470	3.40	.481	3.85	.659		
Pós-teste	2.82	.465	3.31	.477	2.79	.653		
3 meses	3.17	.474	3.38	.486	3.58	.666		
6 meses								
Afecto Positivo							1.41	.211
<i>Tempo x grupo</i>	4.14	.358	5.10	.367	3.46	.503		
Pré-teste	3.49	.339	4.18	.347	3.21	.476		
Pós-teste	4.19	.359	4.13	.368	3.49	.504		
3 meses	3.49	.356	4.42	.365	3.79	.500		
6 meses								

Quadro 90. Resultados das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (n=65), grupo ACCENT (n=62) e grupo de Controlo (n=33): CES-D (cont.)

CES-D	Didáctica		ACCENT		Controlo		F	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
Sintomas Somáticos							1.73	.114
<i>Tempo x grupo</i>								
Pré-teste	8.25	.554	8.08	.567	6.67	.777		
Pós-teste	6.68	.519	6.16	.531	6.97	.728		
3 meses	6.52	.565	6.23	.578	4.97	.792		
6 meses	6.72	.527	6.32	.540	6.76	.740		
Interpessoal							1.13	.346
<i>Tempo x grupo</i>								
Pré-teste	.80	.154	1.07	.157	.697	.216		
Pós-teste	.59	.127	.61	.130	.758	.178		
3 meses	.52	.133	.74	.136	.545	.187		
6 meses	.65	.131	.63	.134	.758	.184		
CES-D Total							1.29	.263
<i>Tempo x grupo</i>								
Pré-teste	18.14	1.308	19.08	1.339	14.82	1.836		
Pós-teste	13.91	1.206	14.36	1.235	14.79	1.693		
3 meses	14.05	1.266	14.40	1.296	11.79	1.777		
6 meses	14.03	1.242	14.76	1.272	14.88	1.743		

Para uma análise mais fina dos resultados relativos à depressão, apresenta-se no quadro 91 a distribuição das participantes de acordo com a severidade do CES-D.

Quadro 91. Severidade do CES-D nos três grupos de mulheres com e sem Depressão Clínica

Severidade do CES-D	G. ID (n=74)		G. ACCENT (n=70)		G. Controlo (n=33)	
	n	%	n	%	n	%
Ausência de Depressão						
Pré-teste	45	61	44	63	23	70
Pós-teste	53	72	51	73	21	67
6 meses	50	77	46	75	23	70
Depressão						
Pré-teste	29	39	26	37	10	30
Pós-teste	21	28	19	27	12	33
6 meses	15	23	16	25	10	30

Uma análise do quadro 91, permite verificar que nos grupos de intervenção houve uma diminuição a curto prazo de 10% na depressão, enquanto que no grupo de controlo a depressão aumenta ligeiramente (3%). A longo prazo, a depressão diminuiu mais nos grupos de intervenção (16% no GID e 12% no G.A), mantendo-se no grupo de controlo.

Também não se verificaram efeitos de interacção *tempo* × *grupo* ao nível da variável de *auto-estima* ($F=.807$; $p=.565$) (Quadro 92).

Quadro 92. Resultados das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (n=65), grupo ACCENT (n=62) e grupo de Controlo (n=33): Auto-Estima

Auto-Estima	Didáctica		ACCENT		Controlo		F	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
<i>Tempo x grupo</i>							.807	.565
Pré-teste	19.9	.502	19.5	.514	20.9	.705		
Pós-teste	20.9	.531	20.5	.543	20.9	.745		
3 meses	20.8	.561	20.5	.575	21.0	.788		
6 meses	21.0	.526	20.6	.539	20.8	.738		

Variáveis Sociais e Cognitivas

Em termos de *Auto-eficácia geral percebida* (Quadro 93), verifica-se resultados significativos na interacção *tempo* × *grupo* ($F=2.35$; $p=.031$). De facto, em ambas as intervenções, a auto-eficácia aumenta do pré-teste para o seguimento de seis meses. Nas mulheres que participaram na intervenção em grupo (ACCENT) verifica-se um aumento da auto-eficácia geral percebida com o tempo ($M1=48.6$; $M4=51.4$), tal como nas que foram submetidas à intervenção individual (ID) ($M1=49.2$; $M4=51.4$), comparativamente às mulheres do grupo de controlo (sem intervenção) ($M1=49.6$; $M4=49.5$), em que a auto-eficácia se mantém relativamente estável no tempo. O aumento é mais acentuado nas mulheres submetidas à intervenção ACCENT. No entanto, observa-se um padrão de evolução no tempo diferente nos dois grupos de intervenção. No G.ID, os ganhos obtidos no pós-teste mantêm-se estáveis aos 3 e 6 meses, enquanto no G.ACCENT se observa maior variação, com o potenciar dos ganhos

aos três meses e o regresso aos valores de pós-teste aos seis meses. Os testes *post hoc* indicam que as diferenças entre o G.ID e o G.C não são significativas ($p=1.000$), nem entre o G.ID e o G.A ($p=1.000$), tal como entre o G.A e o G.C ($p=.993$), no seguimento de seis meses.

Quadro 93. Resultados significativos das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (n=65), grupo ACCENT (n=62) e grupo de Controlo (n=33): Auto-Eficácia Geral

Auto-Eficácia Geral	Didáctica		ACCENT		Controlo		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
<i>Tempo x grupo</i>							2.35	.031
Pré-teste	49.2	1.14	48.6	1.17	49.6	1.60		
Pós-teste	51.0	1.06	51.7	1.08	49.4	1.48		
3 meses	51.5	1.08	53.0	1.11	49.6	1.52		
6 meses	51.4	1.08	51.4	1.10	49.5	1.51		

Os resultados do teste de Friedman sugerem que existem diferenças significativas na *auto-eficácia na negociação do preservativo* (Quadro 94) através dos quatro períodos de tempo no grupo de intervenção didáctica ($p=.000$) e no grupo ACCENT ($p=.001$). No grupo de intervenção didáctica, verifica-se um aumento gradual dos valores da auto-eficácia na negociação do preservativo no tempo (41.7; 42.8; 42.9; 43.7). No grupo ACCENT, também existe um aumento dos valores da auto-eficácia na negociação do preservativo no tempo (40.8; 40.9; 42.0; 42.8) que apenas se verifica aos três e seis meses. Em relação ao grupo de controlo, não se verificam mudanças significativas no tempo na auto-eficácia face à negociação do preservativo. O teste *U* de *Mann Whitney* para os ganhos obtidos a longo prazo (pré-teste/6 meses) permite verificar que as diferenças entre o G.ID e o G.C são, de facto significativas ($p=.000$), sendo que o G.ID apresenta maiores ganhos na auto-eficácia na negociação do preservativo do que o G.C. Os resultados do teste *U* de *Mann Whitney* também se verificaram significativos entre o G.A e o G.C ($p=.000$), sendo que o G.A apresenta ganhos mais elevados de auto-eficácia na negociação do preservativo. Contudo, as diferenças entre o G.A e o G.ID não foram significativas ($p=.536$), indicando que os ganhos obtidos a longo prazo nesta variável são equivalentes.

Quadro 94. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Auto-Eficácia na Negociação do Preservativo

Auto-Eficácia na Negociação do Preservativo	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Didáctica				26.3	.000
Pré-teste	2.05	41.7	4.51		
Pós-teste	2.48	42.8	3.34		
3 meses	2.55	42.9	3.01		
6 meses	2.92	43.7	1.90		
ACCENT				17.1	.001
Pré-teste	2.29	40.8	5.37		
Pós-teste	2.32	40.9	5.63		
3 meses	2.46	42.0	4.42		
6 meses	2.93	42.8	3.76		
Controlo				5.4	.148
Pré-teste	2.39	42.1	2.98		
Pós-teste	2.41	41.8	3.13		
3 meses	2.48	41.9	2.93		
6 meses	2.71	42.4	2.63		

Os resultados do teste de Friedman sugerem que existem diferenças significativas na *percepção de risco pessoal* (Quadro 95) ao longo do tempo no grupo de intervenção didáctica ($p=.002$) mas não no G.ACCENT ($p=.946$) e no G.C ($p=.475$). Nos quatro momentos, no G.ID existe um aumento dos valores na percepção de risco pessoal no tempo (.477; .861; .585; .692), embora os ganhos do pós-teste desçam ligeiramente aos seis meses.

Quadro 95. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Percepção de Risco Pessoal

Percepção de Risco Pessoal	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Didáctica				15.29	.002
Pré-teste	2.25	.477	.589		
Pós-teste	2.68	.861	1.434		
3 meses	2.43	.585	.610		
6 meses	2.64	.692	.610		
ACCENT				.37	.946
Pré-teste	2.51	.516	.695		
Pós-teste	2.53	.500	.647		
3 meses	2.50	.484	.671		
6 meses	2.46	.468	.468		
Controlo				2.50	.475
Pré-teste	2.53	.636	.653		
Pós-teste	2.59	.697	.770		
3 meses	2.41	.636	.742		
6 meses	2.47	.606	.610		

Relativamente à *percepção de risco na comunidade* (Quadro 96), os resultados do teste de Friedman sugerem que existem diferenças significativas ao longo do tempo no grupo ACCENT ($p=.042$), mas não no G.ID ($p=.964$) e no G.C ($p=.919$). Comparando os valores médios para os quatro momentos, no G.ACCENT existe um aumento no tempo dos valores na percepção de risco na comunidade (2.38; 2.58; 2.44; 2.52), mantendo-se aos seis meses os ganhos obtidos no pós-teste.

Quadro 96. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Percepção de Risco na Comunidade

Percepção de Risco na Comunidade	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Didáctica				.28	.964
Pré-teste	2.47	2.46	.686		
Pós-teste	2.50	2.44	.750		
3 meses	2.54	2.52	.615		
6 meses	2.49	2.48	.640		

Quadro 96. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Percepção de Risco na Comunidade (cont.)

Percepção de Risco na Comunidade	Mean rank	M	DP	χ^2	p
ACCENT					
Pré-teste	2.33	2.38	.636	8.25	.041
Pós-teste	2.64	2.58	.559		
3 meses	2.46	2.44	.668		
6 meses	2.57	2.52	.620		
Controlo					
Pré-teste	2.47	2.42	.560	.50	.919
Pós-teste	2.53	2.42	.751		
3 meses	2.47	2.42	.560		
6 meses	2.53	2.45	.564		

Em relação à variável *conversar com o parceiro sobre o VIH e sua prevenção* (Quadro 97), os resultados dos testes de *Friedman* sugerem que existem diferenças significativas ao longo do tempo no G.C (p=.038), mas não no G.ID (p=.546) e no G.ACCENT (p=.142). Comparando os valores médios para os quatro momentos, no G.C não existe grande variação dos valores no conversar sobre o VIH e sua prevenção com o parceiro (.48; .51; .33; .51), excepto aos três meses em que este valor diminui.

Quadro 97. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Conversar sobre o VIH

Conversar sobre o VIH	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Didáctica					
Pré-teste	2.44	.27	.599	2.13	.546
Pós-teste	2.57	.36	.801		
3 meses	2.46	.30	.659		
6 meses	2.53	.36	.719		
ACCENT					
Pré-teste	2.65	.51	.740	5.44	.142
Pós-teste	2.48	.37	.706		
3 meses	2.42	.32	.672		
6 meses	2.45	.37	.706		
Controlo					
Pré-teste	2.55	.48	.712	8.43	.038
Pós-teste	2.61	.51	.712		
3 meses	2.30	.33	.645		
6 meses	2.55	.51	.755		

Relativamente à *percepção de risco no parceiro*, os resultados dos testes de *Friedman* sugerem que existem diferenças significativas ao longo do tempo no G.ID ($p=.033$) mas não no G.C ($p=.753$) e no G.ACCENT ($p=.373$) (Quadro 98). Comparando os valores médios para os quatro momentos, no G.ID existe uma diminuição dos valores na percepção de risco no parceiro (1.20; 1.02; .89; .81), que se acentua aos seis meses. Nos outros dois grupos, os valores aos seis meses são sensivelmente os mesmos do pós-teste.

Quadro 98. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Percepção de Risco no Parceiro

Percepção de Risco no Parceiro	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Didáctica					
Pré-teste	2.70	1.20	1.17	8.74	.033
Pós-teste	2.52	1.02	1.34		
3 meses	2.43	.89	1.06		
6 meses	2.35	.81	1.07		
ACCENT					
Pré-teste	2.56	.66	.82	3.12	.373
Pós-teste	2.60	.75	1.15		
3 meses	2.40	.53	.84		
6 meses	2.45	.64	1.08		
Controlo					
Pré-teste	2.53	.66	.92	1.20	.753
Pós-teste	2.47	.63	.89		
3 meses	2.53	.69	.91		
6 meses	2.47	.63	.89		

Relativamente ao *Questionário de Barreiras face ao Sexo Seguro*, os resultados da dimensão *Baixa Percepção de Risco* não foram significativos para o G.C ($p=.436$), o G.ID ($p=.240$) e G.A ($p=.471$). Na dimensão *Atitude Negativa face ao Sexo Seguro*, também não se verificaram resultados significativos para dois dos três grupos (G.C, $p=.172$; G.ID, $p=.160$; G.A, $p=.043$) (Quadro 99). Comparando os valores médios para o G.A, existe uma diminuição da atitude negativa face ao sexo seguro (3.57; 3.26; 3.19; 3.25), mantendo-se nos valores do pós-teste aos seis meses.

Quadro 99. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Atitude Negativa face ao Sexo Seguro

Atitude Negativa Face ao Sexo Seguro	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Didáctica					
Pré-teste	2.69	3.57	1.185	5.17	.160
Pós-teste	2.42	3.32	1.263		
3 meses	2.49	3.43	1.286		
6 meses	2.40	3.34	1.228		
ACCENT					
Pré-teste	2.74	3.57	1.325	8.17	.043
Pós-teste	2.44	3.26	1.115		
3 meses	2.36	3.19	1.212		
6 meses	2.45	3.25	1.115		
Controlo					
Pré-teste	2.52	3.24	1.146	5.00	.172
Pós-teste	2.39	3.18	1.130		
3 meses	2.64	3.33	1.108		
6 meses	2.45	3.21	1.139		

Relativamente à barreira *Atitude do Parceiro Percebida como Negativa*, os resultados dos testes de *Friedman* foram significativos para o G.A (p=.005) (Quadro 100), mas não para o G.C (p=.343) e G.ID (p=.392). Comparando os valores médios para os quatro momentos, no G.A existe uma diminuição da atitude negativa face ao sexo seguro (3.34; 2.99; 2.95; 3.08) no pós-teste e três meses que tende a manter-se aos seis meses.

Quadro 100. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Atitude do Parceiro Percebida como Negativa

Atitude do Parceiro Percebida como Negativa	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Didáctica					
Pré-teste	2.63	3.21	1.179	3.00	.392
Pós-teste	2.47	3.01	1.124		
3 meses	2.48	3.10	1.105		
6 meses	2.42	3.00	1.075		

Quadro 100. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Atitude do Parceiro Percebida como Negativa (cont.)

Atitude do Parceiro Percebida como Negativa	Mean rank	M	DP	χ^2	p
ACCENT					
Pré-teste	2.77	3.34	1.213	12.66	.005
Pós-teste	2.38	2.99	1.137		
3 meses	2.36	2.95	1.179		
6 meses	2.49	3.08	1.135		
Controlo					
Pré-teste	2.41	2.87	1.166	3.33	.343
Pós-teste	2.59	2.96	1.211		
3 meses	2.47	2.93	1.170		
6 meses	2.53	2.93	1.170		

Por fim, a barreira de *Baixa Auto-Eficácia Percebida na Comunicação* não obteve resultados significativos (G.C, $p=.748$; G.ID, $p=.157$; G.A, $p=.152$) (Quadro 101), não se confirmando os ganhos apresentados no G.ACCENT no pós-teste.

Quadro 101. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Baixa Auto-Eficácia Percebida na Comunicação

Baixa Auto-Eficácia Percebida na Comunicação	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Didáctica					
Pré-teste	2.69	5.00	1.311	5.22	.157
Pós-teste	2.46	4.76	1.507		
3 meses	2.35	4.70	1.388		
6 meses	2.49	4.83	1.375		
ACCENT					
Pré-teste	2.71	5.00	1.293	5.29	.152
Pós-teste	2.44	4.64	1.415		
3 meses	2.37	4.50	1.445		
6 meses	2.48	4.69	1.409		
Controlo					
Pré-teste	2.55	4.27	1.039	1.22	.748
Pós-teste	2.55	4.33	1.163		
3 meses	2.42	4.24	1.118		
6 meses	2.48	4.24	1.061		

Relativamente ao *Conhecimento Sexual*, verifica-se resultados significativos para o efeito do *grupo* ($F=10.09$; $p=.000$) e de interacção *tempo x grupo* ($F=7.94$; $p=.000$), no total de respostas correctas (Quadro 102). Verifica-se que o total de respostas correctas ao nível do conhecimento aumenta do pré-teste para o seguimento de seis meses em todos os grupos. No entanto, em média, as mulheres que participaram na intervenção em G.ACCENT ($M=12.25$) e G.ID ($M=12.17$) apresentam maior conhecimento sexual, comparativamente às mulheres do grupo de controlo ao longo dos momentos de avaliação ($M=11.24$). O padrão nos dois grupos de intervenção é o mesmo, com os ganhos do pós-teste a manterem-se estáveis no tempo. As análises de *post hoc* de Bonferroni mostram que a diferença entre o grupo de intervenção didáctica e o grupo de controlo são significativas ($p=.000$), tal como entre o grupo ACCENT e o grupo de controlo ($p=.000$). Os grupos submetidos à intervenção aumentam de forma significativa os seus conhecimentos no pós-teste comparativamente ao grupo sem intervenção, e estes ganhos mantêm-se no tempo. Entre o G.ID e o G.A não existem diferenças significativas nas análises *post hoc* ($p=1.000$).

Quadro 102. Resultados significativos das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica ($n=65$), grupo ACCENT ($n=62$) e grupo de Controlo ($n=33$): Conhecimento Sexual – Total de Respostas Correctas

Conhecimento Sexual: Total de Respostas correctas	Didáctica		ACCENT		Controlo		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
<i>Grupo</i>	12.17	.139	12.25	.142	11.24	.194	10.09	.000
<i>Tempo x grupo</i>	Didáctica		ACCENT		Controlo		7.94	.000
	M	DP	M	DP	M	DP		
	9.51	.422	9.86	.432	10.82	.592		
	13.11	.136	13.16	.140	10.82	.191		
	13.08	.139	13.02	.143	11.54	.195		
6 meses	12.99	.092	13.00	.094	11.75	.129		

No quadro 103 encontram-se os resultados significativos das análises realizadas aos conhecimentos específicos face à *transmissão do VIH*. Os conhecimentos sobre a

transmissão do VIH também apresentam resultados significativos para o efeito *grupo* ($F=18.4$; $p=.000$), existindo ainda um efeito de interacção *tempo x grupo* ($F=9.17$; $p=.000$). Neste âmbito, verifica-se o mesmo padrão, ou seja, uma evolução nos conhecimentos de transmissão do VIH nas mulheres do G.A e do G.ID, comparativamente às mulheres do G.C. As análises de *post hoc* de *Bonferroni* mostram que a diferença entre o grupo de intervenção didáctica e o grupo de controlo é significativa ($p=.000$), tal como entre o grupo ACCENT e o grupo de controlo ($p=.000$). Os grupos submetidos à intervenção aumentam de forma significativa os seus conhecimentos sobre a transmissão do VIH no pós-teste, mantendo-se este efeito no tempo, comparativamente ao grupo sem intervenção. Entre o G.ID e o G.A não existem diferenças significativas nas análises *post hoc* ($p=1.000$).

Quadro 103. Resultados significativos das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (n=65), grupo ACCENT (n=62) e grupo de Controlo (n=33): Conhecimentos sobre a Transmissão

Conhecimentos: Transmissão	Didáctica		ACCENT		Controlo		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
<i>Grupo</i>	7.26	.084	7.35	.086	6.50	.119	18.40	.000
<i>Tempo x grupo</i> Pré-teste Pós-teste 3 meses 6 meses	Didáctica		ACCENT		Controlo		9.17	.000
	M	DP	M	DP	M	DP		
	5.37	.253	5.71	.259	6.21	.355		
	7.86	.085	7.87	.087	6.15	.119		
	7.83	.085	7.82	.087	6.70	.119		
	7.97	.062	7.98	.063	6.94	.087		

No que diz respeito ao *conhecimento sobre a prevenção do VIH*, o quadro 104 apresenta uma interacção significativa *tempo x grupo* ($F=2.41$; $p=.027$). De facto, verifica-se um aumento do conhecimento relativo à prevenção do VIH aos seis meses em todos os grupos, sendo mais significativo no G.ID ($M1=4.12$; $M4= 5.03$) e no G.A ($M1=4.15$; $M4=5.00$), quando comparados com o G.C ($M1=4.61$; $M4=4.82$). Este último parece variar apenas ligeiramente no tempo em termos de níveis de conhecimento. No entanto, as análises de *post hoc* de *Bonferroni* mostram que as mudanças no tempo não apresentam diferenças significativas entre o grupo de intervenção didáctica e o grupo de controlo ($p=.578$), o grupo ACCENT e o grupo de controlo ($p=.681$), e o G.ID e o G.A ($p=1.000$). A análise das médias permite observar

que os ganhos obtidos no pós-teste para os grupos de intervenção tendem a diminuir aos seis meses.

Quadro 104. Resultados significativos das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (n=65), grupo ACCENT (n=62) e grupo de Controlo (n=33): Conhecimentos sobre a Prevenção

Conhecimentos: Prevenção	Didáctica		ACCENT		Controlo		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
<i>Tempo x grupo</i>							2.41	.027
Pré-teste	4.12	.212	4.15	.217	4.61	.298		
Pós-teste	5.26	.103	5.30	.106	4.67	.145		
3 meses	5.26	.103	5.19	.106	4.85	.145		
6 meses	5.03	.060	5.00	.062	4.82	.084		

Em relação à *perda de recursos* nos últimos três meses (COR-E), os resultados dos testes de *Friedman* sugerem que existem diferenças significativas no *stress social* ou perda de recursos sociais (Quadro 105), ao longo do tempo, no grupo de intervenção didáctica ($p=.000$) e no grupo ACCENT ($p=.000$), mas não no grupo de controlo ($p=.686$). Comparando os valores médios para os quatro momentos no G.ID verifica-se uma diminuição dos valores da perda de recursos sociais (*stress social*) no tempo (4.92; 2.57; 2.15; 2.54). No grupo ACCENT, os valores médios seguem o mesmo padrão (5.51; 3.05; 2.76; 3.02). Em ambos os grupos os ganhos obtidos no pós-teste mantêm-se aos seis meses. O teste *U* de *Mann Whitney* referente aos ganhos pré-teste/6 meses permite verificar que as diferenças entre o G.ID e o G.C são, de facto significativas ($p=.000$), sendo que o G.ID apresenta diminuição do *stress social* enquanto o G.C não varia aos seis meses. Os resultados do teste *U* de *Mann Whitney* também se verificaram significativos entre o G.A e o G.C ($p=.000$). Contudo, os resultados do teste *U* de *Mann Whitney* revelam que as diferenças entre o o G.A e o G.ID não foram significativas ($p=.859$).

Quadro 105. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Stress Social (COR-E)

Stress Social	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Didáctica				22.43	.000
Pré-teste	2.98	4.92	4.69		
Pós-teste	2.42	2.57	2.66		
3 meses	2.18	2.15	2.80		
6 meses	2.42	2.54	2.70		
ACCENT				19.62	.000
Pré-teste	2.98	5.51	4.60		
Pós-teste	2.38	3.05	2.97		
3 meses	2.34	2.76	2.51		
6 meses	2.31	3.02	3.17		
Controlo				1.48	.686
Pré-teste	2.53	2.30	2.43		
Pós-teste	2.58	2.33	2.30		
3 meses	2.38	2.27	2.11		
6 meses	2.52	2.27	2.31		

Em relação ao stress de *tempo* ou perda de recursos relacionados com o tempo (COR-E), os resultados dos testes de *Friedman* indicam variações significativas no tempo (Quadro 106), nos grupos didáctica (p=.000), ACCENT (p=.000) e controlo (p=.015). Os dois grupos de intervenção apresentam uma diminuição do *stress* de tempo no pós-teste que se mantém aos seis meses. No G.C, os valores são estáveis, excepto aos três meses em que há uma diminuição do *stress* de tempo. O teste *U* de *Mann Whitney* para as diferenças pré-teste/6 meses permite verificar que estas são significativas para o G.ID e o G.C (p=.000), sendo que o G.ID apresenta maior diminuição do *stress* de tempo do que o G.C. Os resultados também foram significativos para o G.A e o G.C (p=.000), com o mesmo padrão do que o G.ID. Contudo, as diferenças entre o G.A e o G.ID não foram significativas (p=.242).

Quadro 106. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Stress de Tempo (COR-E)

Stress Tempo	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Didáctica				21.23	.000
Pré-teste	2.98	3.24	1.98		
Pós-teste	2.31	2.35	1.72		
3 meses	2.34	2.23	1.78		
6 meses	2.38	2.44	1.62		
ACCENT				34.45	.000
Pré-teste	3.10	3.43	2.41		
Pós-teste	2.32	2.12	1.72		
3 meses	2.21	1.91	1.57		
6 meses	2.36	2.20	1.90		
Controlo				10.46	.015
Pré-teste	2.62	2.12	1.67		
Pós-teste	2.62	2.03	1.74		
3 meses	2.20	1.39	1.51		
6 meses	2.56	1.96	1.66		

No stress relacionado com as *condições domésticas* ou perda de recursos relacionados com as condições domésticas (COR-E), os resultados dos testes de *Friedman* indicam variações significativas no tempo (Quadro 107), nos grupos didáctica (p=.000), ACCENT (p=.001) e de controlo (p=.009). Como para outros recursos, verifica-se que em ambos os grupos de intervenção, os ganhos pós-teste se mantêm aos seis meses. No G.C há variações no tempo, mas que não seguem um padrão consistente. O teste *U* de *Mann Whitney* permite verificar que as mudanças pré-teste/6 meses são diferentes para o G.ID e o G.C (p=.000), sendo que o G.ID apresenta maior diminuição do *stress* de condições domésticas do que o G.C. O mesmo se verifica para os grupos G.A e o G.C (p=.000), mas não para as diferenças entre o G.A e o G.ID (p=.839). Assim, em ambos os grupos de intervenção os efeitos pós-teste mantiveram-se aos seis meses.

Quadro 107. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Stress de Condições Domésticas (COR-E)

Stress de Condições Domésticas	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Didáctica				27.77	.000
Pré-teste	3.06	4.92	4.269		
Pós-teste	2.26	1.66	1.543		
3 meses	2.38	1.83	2.125		
6 meses	2.30	1.78	1.595		
ACCENT				17.01	.001
Pré-teste	2.94	4.91	4.462		
Pós-teste	2.44	2.87	3.241		
3 meses	2.35	2.56	3.216		
6 meses	2.27	2.30	2.426		
Controlo				11.56	.009
Pré-teste	2.55	1.78	2.161		
Pós-teste	2.71	2.42	3.092		
3 meses	2.12	1.18	1.590		
6 meses	2.62	1.69	2.214		

Em relação ao stress *financeiro* ou perda de recursos financeiros (Quadro 108), verificam-se variações significativas no tempo, no grupo de intervenção didáctica ($p=.000$) e no grupo ACCENT ($p=.000$), mas não no grupo de controlo. Comparando os valores médios para os quatro momentos no grupo de intervenção didáctica (6.15; 3.74; 3.17; 3.57) e no grupo ACCENT (7.12; 5.31; 4.27; 4.87), verifica-se uma diminuição da perda de recursos financeiros (*stress financeiro*) no pós-teste que se mantém ou até se potencia aos seis meses. Este padrão não se verifica no grupo de controlo, onde não existem variações significativas no tempo ($p=.191$). O teste *U* de *Mann Whitney* permite verificar que as diferenças pré-teste/6 meses entre o G.ID e o G.C são, de facto, significativas ($p=.000$), sendo que o G.ID apresenta maior diminuição do *stress financeiro* do que o G.C, o mesmo se verificando para o G.A e o G.C ($p=.000$). Contudo, os resultados do teste *U* de *Mann Whitney* revelam que as diferenças entre o o G.A e o G.ID não foram significativas ($p=.414$).

Quadro 108. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Stress Financeiro (COR-E)

Stress Financeiro	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Didáctica				31.20	.000
Pré-teste	3.02	6.15	5.11		
Pós-teste	2.52	3.74	3.78		
3 meses	2.11	3.17	3.87		
6 meses	2.35	3.57	3.73		
ACCENT				18.30	.000
Pré-teste	2.91	7.12	5.51		
Pós-teste	2.52	5.31	4.81		
3 meses	2.16	4.27	4.75		
6 meses	2.41	4.87	4.39		
Controlo				4.75	.191
Pré-teste	2.30	1.93	3.06		
Pós-teste	2.64	2.39	3.22		
3 meses	2.56	2.09	2.35		
6 meses	2.50	2.30	3.17		

Em relação à *perda de recursos* nos últimos três meses (COR-E), os resultados dos testes de *Friedman* sugerem que existem variações significativas (Quadro 109), ao longo do tempo, no grupo de intervenção didáctica ($p=.000$) e no grupo ACCENT ($p=.005$), mas não no grupo de controlo ($p=.358$). Verifica-se uma diminuição da perda de recursos total no tempo para o G.ID (22.9; 12.6; 11.4; 13.1) e para o G.A (25.2; 16.6; 14.9; 15.9), mantendo-se os resultados do pós-teste aos seis meses. O teste *U* de *Mann Whitney* para as diferenças pré-teste/6 meses revela que as diferenças entre o G.ID e o G.C são, de facto, significativas ($p=.000$), sendo que o G.ID apresenta uma diminuição do *stress* total ou perda de recursos até aos seis meses, enquanto que no G.C os valores aos seis meses se aproximam dos do pré-teste. Os resultados do teste *U* de *Mann Whitney* também foram significativos para o G.A e o G.C ($p=.000$), mas não para o G.A e o G.ID ($p=.472$).

Quadro 109. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Total COR-E (perda de recursos)

Total COR-E	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Didáctica				28.20	.000
Pré-teste	3.02	22.9	17.30		
Pós-teste	2.51	12.6	8.96		
3 meses	1.98	11.4	9.81		
6 meses	2.49	13.1	9.05		
ACCENT				12.70	.005
Pré-teste	2.90	25.2	18.70		
Pós-teste	2.46	16.6	11.70		
3 meses	2.33	14.9	10.90		
6 meses	2.31	15.9	13.20		
Controlo				3.23	.358
Pré-teste	2.50	9.27	8.26		
Pós-teste	2.71	10.3	8.37		
3 meses	2.32	7.73	5.35		
6 meses	2.47	9.33	8.19		

Os resultados dos testes de Friedman sugerem que não existem diferenças significativas no *suporte social* no tempo, nos três grupos em estudo (Quadro 110). No G.ACCENT, em que se verifica um aumento do suporte social pós-intervenção, observa-se que este aumento se mantém aos seis meses mas não atinge significância estatística ($p=.124$).

Quadro 110. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Suporte Social

Suporte Social	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Didáctica				1.50	.682
Pré-teste	2.62	17.3	2.22		
Pós-teste	2.49	17.1	2.43		
3 meses	2.45	17.2	2.48		
6 meses	2.44	17.0	2.51		
ACCENT				5.76	.124
Pré-teste	2.27	16.1	3.15		
Pós-teste	2.56	17.0	2.69		
3 meses	2.65	17.2	2.51		
6 meses	2.51	17.0	2.72		

Quadro 110. Resultados dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Suporte Social (cont.)

Suporte Social	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Controlo				2.66	.446
Pré-teste	2.44	17.5	1.73		
Pós-teste	2.44	17.5	1.73		
3 meses	2.62	17.7	1.67		
6 meses	2.50	17.6	1.75		

Variáveis de Comportamento

Em relação à actividade actual (compra, intenção de comprar, confiança no parceiro para comprar preservativos), não se verificaram efeitos de interacção *tempo x grupo* ($F=.675$; $p=.670$) (Quadro 111).

Quadro 111. Resultados das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (n=65), grupo ACCENT (n=62), e grupo de Controlo (n=33): Actividade Actual (compra, intenção de comprar preservativos, etc.)

Actividade Actual	Didáctica		ACCENT		Controlo		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
<i>Tempo x grupo</i>							.675	.670
Pré-teste	4.06	.309	4.00	.316	3.85	.434		
Pós-teste	4.46	.311	4.36	.318	3.73	.436		
3 meses	4.39	.320	4.63	.327	3.67	.449		
6 meses	4.69	.326	4.58	.334	3.91	.458		

Os resultados dos testes de *Friedman* sugerem que existem variações significativas na *utilização do preservativo nos últimos 4 actos sexuais* (Quadro 112) ao longo do tempo no grupo de intervenção didáctica ($p=.000$), no grupo ACCENT ($p=.000$) e no grupo de controlo ($p=.000$). Comparando os valores médios para os quatro momentos no grupo de intervenção didáctica, verifica-se que não existe um aumento dos valores na utilização do preservativo logo após a intervenção mas que este aumenta gradualmente aos três e seis meses de seguimento (2.10; 2.02; 2.55; 2.94). Um padrão similar se aplica ao grupo ACCENT, embora neste o aumento dos valores da

utilização do preservativo se verifique logo após a intervenção (1.67; 1.98; 2.29; 3.40). Em relação ao grupo de controlo, verificam-se também mudanças significativas (1.81; 1.76; 2.06; 2.36). O teste *U* de *Mann Whitney* para os ganhos pré-teste/6 meses permite verificar que as diferenças entre o G.ID e o G.C são, de facto, significativas ($p=.006$), sendo que o G.ID apresenta um aumento maior no uso de preservativos nos últimos quatro actos sexuais do que o G.C. Também se verificaram diferenças significativas para o G.A e o G.C ($p=.000$), com o mesmo padrão do G.ID. Os resultados do teste *U* de *Mann Whitney* também revelam que as diferenças nos ganhos entre o o G.A e o G.ID são significativas ($p=.043$), sendo que o G.A apresenta maiores ganhos no uso de preservativos nos últimos quatro actos sexuais do que o G.ID.

Quadro 112. Resultados significativos dos Testes de *Friedman* para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (N=65), grupo ACCENT (N=62) e para o grupo de Controlo (n=33): Utilização do Preservativo nos Últimos 4 Actos Sexuais

Utilização do Preservativo: Últimos 4 Actos Sex.	Mean rank	M	DP	χ^2	p
Didáctica				24.7	.000
Pré-teste	2.28	2.10	1.80		
Pós-teste	2.19	2.02	1.82		
3 meses	2.59	2.55	1.65		
6 meses	2.94	2.94	1.38		
ACCENT				64.7	.000
Pré-teste	1.99	1.67	1.76		
Pós-teste	2.25	1.98	1.87		
3 meses	2.50	2.29	1.84		
6 meses	3.26	3.40	1.19		
Controlo				19.8	.000
Pré-teste	2.27	1.81	1.86		
Pós-teste	2.32	1.76	1.89		
3 meses	2.56	2.06	1.94		
6 meses	2.85	2.36	1.85		

A hipótese 3, relativa à manutenção dos ganhos pós-intervenção, confirma-se para as variáveis sociais e cognitivas auto-eficácia geral (ambos os grupos de intervenção), auto-eficácia na negociação do preservativo (ambos os grupos de intervenção), percepção de risco pessoal (G.ID), percepção de risco na comunidade (G.ACCENT), atitude negativa face ao sexo seguro (G.ACCENT), atitude do parceiro percebida como negativa (G.ACCENT), conhecimento sexual total respostas correctas

(ambos os grupos de intervenção), conhecimentos sobre a transmissão do VIH (ambos os grupos de intervenção), variáveis de perda de recursos (COR-E, ambos os grupos de intervenção), e na variável de comportamento utilização do preservativo nos últimos quatro actos sexuais (ambos os grupos de intervenção). É de notar que os ganhos ao nível da auto-eficácia na negociação do preservativo para o G.ACCENT só se fazem notar a médio e a longo prazo. Os ganhos em termos do aumento do conhecimento sexual (total) também só se tornaram estatisticamente significativos aos seis meses.

Não foi confirmada a hipótese 3, isto é a manutenção dos ganhos pós-intervenção, para a depressão, a baixa auto-eficácia percebida na comunicação (G.ACCENT) e o suporte social (G.ACCENT).

Tabela 3. Coeficientes de correlação de *Spearman* para as variáveis de resultado DIF (ganhos) aos seis meses no G.ID (n=65)

	1	2	3	4	5	6
(1) CES-D Total						
(2) Auto-Eficácia Geral	.232					
(3) Auto-Eficácia na Negociação	.158	.014				
(4) Percepção de Risco Pessoal	.214	.185	.078			
(5) Conhecimento Sexual Total	-.060	.056	.300*	.293*		
(6) Conhecimento Transmissão	-.197	.099	.242*	.273*	.879**	
(7) Conhecimento Prevenção	.028	.151	-.023	.288*	.566**	.499**
(8) COR-E	.314*	.345**	.096	.326**	.471**	.475**
(9) Actividade Actual	.096	.113	.112	.285*	.148	.148
(10) Uso de Preservativos	.135	-.063	.019	-.076	-.006	.053

Tabela 3. Coeficientes de correlação de *Spearman* para as variáveis de resultado DIF (ganhos) aos seis meses no G.ID (n=65) (cont.)

	7	8	9	10
(7) Conhecimento Prevenção				
(8) COR-E	.363**			
(9) Actividade Actual	-.041	.367**		
(10) Uso de Preservativos	-.015	.110	.066	

* $p \leq .05$

** $p \leq .01$

*** $p \leq .001$

A longo prazo, confirmam-se algumas das relações já verificadas a curto prazo para o G.ID (ver tabela 3). Mais especificamente, verifica-se que os ganhos na auto-eficácia geral correlacionam-se com a diminuição da perda de recursos ($r=.35$) e os ganhos na auto-eficácia na negociação do preservativo com o aumento no conhecimento sexual total ($r=.30$) e os conhecimentos sobre a transmissão do VIH ($r=.24$). O aumento da percepção de risco pessoal também se correlaciona com o conhecimento sexual total ($r=.29$) e o conhecimento sobre a transmissão e prevenção do VIH ($r=.27$ e $r=.29$), assim como com a diminuição na perda de recursos ($r=.33$) e o aumento da actividade actual ($r=.29$). Os ganhos no conhecimento sexual total correlacionam-se com o aumento na auto-eficácia na negociação do preservativo ($r=.30$), com o aumento da percepção de risco pessoal ($r=.29$), e com a diminuição na perda de recursos ($r=.47$). Não se verifica esta relação com o aumento na intenção e compra do preservativo ($r=.15$). O mesmo padrão se verifica para o conhecimento sobre a transmissão e prevenção do VIH, embora o conhecimento sobre a transmissão seja mais importante nestes ganhos a longo prazo no G.ID. A diminuição do *stress* correlaciona-se com o aumento da auto-eficácia geral ($r=.35$), com o aumento da percepção de risco pessoal ($r=.33$) e com o aumento na intenção e compra do preservativo ($r=.37$).

Tabela 4. Coeficientes de correlação de *Spearman* para as variáveis de resultado DIF (ganhos) aos seis meses no G.ACCENT (n=62)

	1	2	3	4	5	6
(1) CES-D Total						
(2) Auto-Eficácia Geral	.240					
(3) Auto-Eficácia na Negociação	.151	.199				
(4) Percepção de Risco na Comunidade	.068	.160	.070			
(5) Atitude negativa face ao sexo seguro	.204	.250	.032	.239		
(6) Atitude do parceiro percebida como negativa	-.155	.198	.078	-.175	.337**	
(7) Conhecimento Sexual Total	-.001	.242	-.010	-.155	.020	.219
(8) Conhecimento Transmissão	-.009	.178	.020	-.211	.005	.279*
(9) Conhecimento Prevenção	.084	.328**	.051	-.056	.098	.084
(10) COR-E	.007	.260*	.009	.127	.264*	-.003
(11) Actividade Actual (intenção, compra)	-.106	.368**	-.076	.165	.293*	.326**
(12) Uso de Preservativos	.156	.177	-.030	-.025	.065	.036

Tabela 4. Coeficientes de correlação de *Spearman* para as variáveis de resultado DIF (ganhos) aos seis meses no G.ACCENT (n=62) (cont.)

	7	8	9	10	11	12
(7) Conhecimento Sexual Total						
(8) Conhecimento Transmissão	.863**					
(9) Conhecimento Prevenção	.509**	.299*				
(10) COR-E	.207	.028	.361**			
(11) Actividade Actual (intenção, compra)	.224	.215	.342**	.311*		
(12) Uso de Preservativos	.199	.200	.026	-.030	.313**	

* $p \leq .05$

** $p \leq .01$

*** $p \leq .001$

A longo prazo confirma-se a maioria das relações encontradas no G.ACCENT (ver tabela 4). O aumento da auto-eficácia geral aos seis meses relaciona-se com o aumento do conhecimento preventivo ($r=.33$), com a diminuição da perda de recursos ($r=.26$) e com o aumento na intenção e compra do preservativo aos seis meses ($r=.37$). Aos seis meses, o aumento na percepção de risco na comunidade não se correlaciona significativamente com as outras variáveis de resultado. Como no pós-teste, verifica-se uma correlação positiva significativa entre a diminuição das diferentes barreiras face ao sexo seguro (r varia de .34 a .39). Verifica-se igualmente uma relação entre a diminuição destas barreiras e o aumento na intenção e compra do preservativo (r varia de .29 a .33). O aumento do conhecimento sexual aos seis meses relaciona-se com a actividade actual, mas esta última apenas significativamente com o conhecimento sobre a prevenção ($r=.34$), o mesmo acontecendo com o aumento do uso do preservativo ($r=.31$).

5.3 Resultados das Análises Exploratórias

Este estudo é complementado com análises exploratórias, nas quais se pretende investigar a influência das variáveis sócio-demográficas (idade, nível de escolaridade, religiosidade) na eficácia das intervenções ACCENT e Didáctica (efeito moderador). Foram apenas consideradas as variáveis nas quais as intervenções se mostraram eficazes (efeitos significativos ou que se aproximam da significância) a curto e a longo prazo. Não foram testadas as interacções complexas (*tempo* × *idade* × *religião* × *educação*) em que o n por subgrupo era reduzido (<15).

Para investigar a influência das variáveis sócio-demográficas na eficácia das intervenções ACCENT e Didáctica, no que respeita às variáveis paramétricas, foram utilizados testes multivariados do tipo Manovas – medidas repetidas (e.g., *tempo* × *grupo* × *idade* × *escolaridade* × *religião*). Considerou-se a influência destas variáveis nas mudanças a curto prazo (pré e pós-teste) e a longo prazo (pré-teste e seguimento de 6 meses). Com a finalidade de investigar os efeitos moderadores salientamos os efeitos *tempo* × *grupo* × *variável sócio-demográfica*. Nas variáveis não paramétricas, recorreu-se a testes U de *Mann-Whitney* para grupos independentes. Constituíram-se novas variáveis (DIF) para cada variável de resultado, correspondentes à diferença entre os valores de pré e pós-teste [(pós-pré)²] para os efeitos a curto prazo e à diferença entre os valores de pré-teste e seis meses para os efeitos a longo prazo [(seis meses-pré)²].

Como para o teste de hipóteses, os resultados encontram-se organizados por três grupos de variáveis, bem-estar, variáveis sociais e cognitivas e comportamento sexual.

5.3.1. Efeitos a Curto Prazo

Variáveis de Bem-Estar

Em termos da variável *depressão* (CES-D), os resultados das análises multivariadas foram significativos para o efeito *tempo* × *educação* × *religião* ($F=4.38$; $p=.038$) (Quadro 113). De facto, a educação e a religião influenciam ambos os grupos (Didáctico e ACCENT) no tempo. Os resultados mostram uma variação no tempo diferente de acordo com estas duas variáveis. Assim, verifica-se que nas católicas praticantes do ensino superior houve uma diminuição da depressão, enquanto que nas mulheres com menos escolaridade foram as católicas não praticantes que tiveram

maiores ganhos com a intervenção. Não se verificaram efeitos de interacção significativos simples (*tempo*×*grupo*×*variável sócio-demográfica*).

Em relação aos *sintomas somáticos*, os resultados das análises multivariadas não foram significativos para o efeito *tempo*×*educação*×*religião* ($F=.860$; $p=.355$), pelo que a educação e a religião não influenciam os grupos de intervenção no tempo. Também não se verificaram efeitos de interacção significativos simples (*tempo*×*grupo*×*variável sócio-demográfica*).

Quadro 113. Resultados significativos das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de intervenção Didáctica (n=74) e grupo ACCENT (n=70): Depressão (CES-D)

CES-D	Ensino não superior		Ensino superior		F	p
	Católica praticante (n=24)	Católica não praticante e ou outra (n=28)	Católica praticante (n=45)	Católica não praticante e ou outra (n=47)		
CES-D Total					4.38	.038
<i>Tempo</i> × <i>educação</i> × <i>religião</i>						
Pré-teste	18.2	23.0	17.1	18.4		
Pós-teste	15.0	14.0	10.6	16.0		

Variáveis Sociais e Cognitivas

Ao nível da *auto-eficácia*, verificou-se que os resultados das análises multivariadas forneceram resultados significativos para o efeito *tempo*×*grupo*×*idade* ($F=4.20$; $p=.042$) (Quadro 114). A idade possui impacto nas mudanças da auto-eficácia no grupo ACCENT mas não no grupo de intervenção Didáctica. Assim, verifica-se que as mulheres mais novas do grupo ACCENT beneficiam mais da intervenção em termos de auto-eficácia do que as mais velhas. É interessante notar que as mulheres mais velhas já possuíam os valores mais elevados de auto-eficácia dos quatro grupos considerados no pré-teste. Também se verificaram ganhos significativos com a intervenção em termos de auto-eficácia no G.ID mas estes são independentes da idade.

Quadro 114. Resultados significativos das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de intervenção Didáctica (n=74) e grupo ACCENT (n=70):

Auto-eficácia Geral

	Grupo				F	p
AUTO-EFICÁCIA	ID		ACCENT		4.20	.042
	Idade≤18 (n=25)	Idade>18 (n=49)	Idade≤18 (n=17)	Idade>18 (n=53)		
<i>Tempo x grupo x idade</i>						
Pré-teste	49.4	48.2	43.4	52.1		
Pós-teste	51.5	49.7	51.5	52.5		

Os resultados (Quadro 115) revelam que a intervenção Didáctica está a beneficiar mais as mulheres mais novas verificando-se um aumento da *auto-eficácia na negociação do preservativo* (p=.051), sendo que nas do ensino não superior a diferença é maior e é mais significativa (p=.017). Os resultados não foram significativos para o efeito da religião no G.ID (p=.732).

Quadro 115. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=74): Auto-eficácia na Negociação do Preservativo DIF

Auto-eficácia na Negociação do Preservativo DIF (pós-teste – pré-teste) ²	Didáctica			
	n	Mean rank	Z	p
Idade			-1.95	.051
≤ 18	25	44.12		
> 18	49	34.12		
Escolaridade			-2.38	.017
Ensino não superior	31	44.3		
Ensino superior	43	32.6		
Religião			-.34	.732
Católica Praticante	36	36.63		
Católica não praticante ou outra	38	38.33		

Em termos da *percepção de risco*, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 116) revelam que a intervenção Didáctica está a beneficiar mais as mulheres do ensino não superior verificando-se um aumento da *percepção de risco pessoal* (p=.009). Os resultados não foram significativos para os efeitos da idade (p=.856) e religião no G.ID (p=.534).

Quadro 116. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=74): Percepção de Risco Pessoal DIF

Percepção de Risco Pessoal DIF (pós-teste – pré-teste) ²	Didáctica			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	25	38.04	-.181	.856
> 18	49	37.22		
Escolaridade			-2.617	.009
Ensino não superior	31	44.06		
Ensino superior	43	32.77		
Religião			-.622	.534
Católica Praticante	36	36.14		
Católica não praticante ou outra	38	38.79		

Os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 117) revelam que a intervenção ACCENT está a beneficiar mais as mulheres mais novas ($p=.049$) e possivelmente as do ensino não superior ($p=.087$), verificando-se um aumento da *percepção de risco na comunidade*. Os resultados não foram significativos para o efeito da religião ($p=.658$).

Quadro 117. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo ACCENT (n=70): Percepção de Risco na Comunidade DIF

Percepção de Risco na Comunidade DIF (pós-teste – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	42.24	-1.965	.049
> 18	53	33.34		
Escolaridade			-1.710	.087
Ensino não superior	21	40.57		
Ensino superior	49	33.33		
Religião			-.442	.658
Católica Praticante	33	34.59		
Católica não praticante ou outra	37	36.31		

Relativamente à *atitude negativa face ao sexo seguro*, do questionário de barreiras, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 118) mostram uma tendência de significância que sugere que a intervenção Didáctica está a beneficiar mais as mulheres do ensino não superior ($p=.088$), verificando-se uma maior diminuição da atitude negativa face ao sexo seguro, em comparação com as do ensino superior. Os resultados não foram significativos para os efeitos da idade ($p=.965$) e religião ($p=.892$).

Quadro 118. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=74): Atitude Negativa face ao Sexo Seguro DIF

Atitude Negativa face ao Sexo Seguro DIF (pós-teste – pré-teste) ²	Didáctica			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	25	37.64	-.044	.965
> 18	49	37.43		
Escolaridade				
Ensino não superior	31	42.11	-1.705	.088
Ensino superior	43	34.17		
Religião				
Católica Praticante	36	37.82	-.135	.892
Católica não praticante ou outra	38	37.20		

Relativamente à *atitude negativa face ao sexo seguro*, do questionário de barreiras, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 119) não foram significativos para os efeitos da idade (p=.602), escolaridade (p=.843) e religião (p=.815), no grupo ACCENT.

Quadro 119. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo ACCENT (n=70): Atitude Negativa face ao Sexo Seguro DIF

Atitude Negativa face ao Sexo Seguro DIF (pós-teste – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	33.47	-.522	.602
> 18	53	36.15		
Escolaridade				
Ensino não superior	21	36.17	-.198	.843
Ensino superior	49	35.21		
Religião				
Católica Praticante	33	34.95	-.234	.815
Católica não praticante ou outra	37	35.99		

Também em relação à *atitude do parceiro percebida como negativa*, do questionário de barreiras, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 120) não foram significativos para os efeitos da idade (p=.654), escolaridade (p=.527) e religião (p=.968), no grupo ACCENT.

Quadro 120. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo ACCENT (n=70): Atitude do Parceiro Percebida como Negativa DIF

Atitude do Parceiro Percebida como Negativa DIF (pós-teste – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	33.82	-.448	.654
> 18	53	36.04		
Escolaridade				
Ensino não superior	21	33.45	-.633	.527
Ensino superior	49	36.38		
Religião				
Católica Praticante	33	35.59	-.041	.968
Católica não praticante ou outra	37	35.42		

O mesmo padrão de resultados pode ser observado na *baixa auto-eficácia percebida na comunicação*, do questionário de barreiras, onde os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 121) não foram significativos para os efeitos da idade (p=.707), escolaridade (p=.839) e religião (p=.960), no grupo ACCENT.

Quadro 121. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo ACCENT (n=70): Baixa Auto-eficácia Percebida na comunicação DIF

Baixa Auto-eficácia Percebida na comunicação DIF (pós-teste – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	33.97	-.375	.707
> 18	53	35.99		
Escolaridade				
Ensino não superior	21	36.21	-.203	.839
Ensino superior	49	35.19		
Religião				
Católica Praticante	33	35.62	-.050	.960
Católica não praticante ou outra	37	35.39		

Foram realizadas análises de medidas repetidas com o conhecimento sexual, mas os resultados obtidos não evidenciam efeitos principais ou interactivos significativos (e.g., Quadro 122). A idade, a educação e a prática religiosa não tiveram efeitos moderadores nos ganhos com o conhecimento sexual (F=.031, p=.861; F=.002, p=.961; F=1.67, p=.199). Assim, verifica-se um aumento de conhecimentos em todos os grupos independentemente da sua idade, escolaridade e envolvimento religioso.

Quadro 122. Resultados das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de intervenção Didáctica (n=74) e grupo ACCENT (n=70): Conhecimento Sexual Total – Respostas Correctas

CONHECIMENTO SEXUAL	Grupo				F	p
Total – respostas correctas	ID		ACCENT			
	Idade≤18 (n=25)	Idade>18 (n=49)	Idade≤18 (n=17)	Idade>18 (n=53)		
<i>Tempo x grupo x idade</i>					.031	.861
Pré-teste	9.2	9.9	8.6	10.4		
Pós-teste	13.3	12.8	13	12.9		
<i>Tempo x grupo x educação</i>	Ensino não superior (n=31)	Ensino superior (n=43)	Ensino não superior (n=21)	Ensino superior (n=49)	.002	.961
	9.3	9.8	9.5	10.3		
	12.7	13.4	12.9	13.2		
<i>Tempo x grupo x religião</i>	Católica praticante (n=36)	Católica não praticante e ou outra (n=38)	Católica praticante (n=33)	Católica não praticante e ou outra (n=37)	1.670	.199
	9.4	9.6	10.1	9.5		
	13.1	12.9	12.9	13		

Relativamente aos *conhecimentos sobre a transmissão do VIH*, os resultados obtidos também não evidenciam efeitos principais ou interactivos significativos (e.g., Quadro 123). A idade, a educação e a prática religiosa não tiveram efeitos moderadores nos ganhos com o conhecimento sobre a transmissão do VIH ($F=.028$, $p=.868$; $F=.004$, $p=.951$; $F=1.22$, $p=.271$). Assim, verifica-se um aumento de conhecimentos sobre a transmissão do VIH em todos os grupos independentemente da sua idade, escolaridade e envolvimento religioso.

Quadro 123. Resultados das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste) para o grupo de intervenção Didáctica (n=74) e grupo ACCENT (n=70): Conhecimentos – Transmissão do VIH

CONHECIMENTOS	Grupo				F	p
Transmissão do VIH	ID		ACCENT		.028	.868
	Idade≤18 (n=25)	Idade>18 (n=49)	Idade≤18 (n=17)	Idade>18 (n=53)		
<i>Tempo x grupo x idade</i>						
Pré-teste	5.0	5.9	5.0	6.1		
Pós-teste	7.9	7.7	7.8	7.8		
<i>Tempo x grupo x educação</i>	Ensino não superior (n=31)	Ensino superior (n=43)	Ensino não superior (n=21)	Ensino superior (n=49)	.004	.951
	5.4 7.7	5.5 8.0	5.7 7.8	5.9 7.9		
<i>Tempo x grupo x religião</i>	Católica praticante (n=36)	Católica não praticante e ou outra (n=38)	Católica praticante (n=33)	Católica não praticante e ou outra (n=37)	1.22	.271
	5.3 7.8	5.6 7.9	5.9 7.9	5.6 7.7		

Em relação à *perda de recursos* (COR-E Total), os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 124) não foram significativos para os efeitos da idade (p=.339), escolaridade (p=.371) e religião (p=.840), no G.ID.

Quadro 124. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=74): COR-E Total DIF

COR-E Total DIF (pós-teste – pré-teste) ²	Didáctica			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	25	40.82	-.956	.339
> 18	49	35.81		
Escolaridade				
Ensino não superior	31	40.11	-.894	.371
Ensino superior	43	35.62		
Religião				
Católica Praticante	36	38.01	-.202	.840
Católica não praticante ou outra	38	37.01		

O mesmo padrão pode ser observado relativamente ao *stress social*, onde os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 125) não foram significativos para os efeitos da idade ($p=.434$), escolaridade ($p=.505$) e religião ($p=.838$), no G.ID.

Quadro 125. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=74): *Stress Social DIF*

Stress Social DIF (pós-teste – pré-teste) ²	Didáctica			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	25	40.18	-.783	.434
> 18	49	36.13		
Escolaridade				
Ensino não superior	31	39.42	-.666	.505
Ensino superior	43	36.12		
Religião				
Católica Praticante	36	36.99	-.204	.838
Católica não praticante ou outra	38	37.99		

Os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 126) também não foram significativos para os efeitos da idade ($p=.529$), escolaridade ($p=.390$) e religião ($p=.955$), no G.ID, no âmbito do *stress tempo*.

Quadro 126. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=74): *Stress Tempo DIF*

Stress Tempo DIF (pós-teste – pré-teste) ²	Didáctica			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	25	35.38	-.630	.529
> 18	49	38.58		
Escolaridade				
Ensino não superior	31	35.06	-.860	.390
Ensino superior	43	39.26		
Religião				
Católica Praticante	36	37.36	-.056	.955
Católica não praticante ou outra	38	37.63		

Relativamente ao *stress relacionado com as condições domésticas*, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 127) não foram significativos para os efeitos da idade ($p=.413$) e religião ($p=.215$), no G.ID. Verifica-se apenas uma tendência para a significância no que concerne aos efeitos da escolaridade ($p=.085$), sendo que as

mulheres do ensino não superior beneficiam mais com a intervenção Didáctica, tendo maior diminuição na perda de recursos nas condições domésticas.

Quadro 127. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=74): *Stress* Condições Domésticas DIF

Stress Condições Domésticas DIF (pós-teste – pré-teste) ²	Didáctica			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	25	40.26	-.818	.413
> 18	49	36.09		
Escolaridade				
Ensino não superior	31	42.39	-1.723	.085
Ensino superior	43	33.98		
Religião				
Católica Praticante	36	34.43	-1.240	.215
Católica não praticante ou outra	38	40.41		

Ao nível do *stress financeiro*, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 128) não foram significativos para os efeitos da idade (p=.514), escolaridade (p=.200) e religião (p=.701), no G.ID.

Quadro 128. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=74): *Stress* Financeiro DIF

Stress Financeiro DIF (pós-teste – pré-teste) ²	Didáctica			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	25	39.72	-.653	.514
> 18	49	36.37		
Escolaridade				
Ensino não superior	31	41.16	-1.281	.200
Ensino superior	43	34.86		
Religião				
Católica Praticante	36	38.46	-.384	.701
Católica não praticante ou outra	38	36.59		

Relativamente ao G.A, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 129) não foram significativos para os efeitos da idade (p=.390) e escolaridade (p=.314) no COR-E total. Verificam-se resultados significativos para o efeito da religião (p=.020). Assim, a intervenção ACCENT está a beneficiar mais as mulheres que são

católicas não praticantes verificando-se uma maior diminuição da perda de recursos total.

Quadro 129. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo ACCENT (n=70): COR-E Total DIF

COR-E Total DIF (pós-teste – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	31.85	-.860	.390
> 18	53	36.67		
Escolaridade				
Ensino não superior	21	31.81	-1.006	.314
Ensino superior	49	37.08		
Religião				
Católica Praticante	33	29.56	-2.336	.020
Católica não praticante ou outra	37	40.80		

No que concerne ao *stress social*, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 130) não foram significativos para os efeitos da idade (p=.796), escolaridade (p=.557) e religião (p=.323), no grupo ACCENT.

Quadro 130. Resultados do Teste U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo ACCENT (n=70): *Stress Social* DIF

<i>Stress Social</i> DIF (pós-teste – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	34.41	-.258	.796
> 18	53	35.85		
Escolaridade				
Ensino não superior	21	33.36	-.587	.557
Ensino superior	49	36.42		
Religião				
Católica Praticante	33	33.00	-.989	.323
Católica não praticante ou outra	37	37.73		

Em relação ao *stress tempo*, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 131) também não foram significativos para os efeitos da idade (p=.525), escolaridade (p=.905) e religião (p=.249).

Quadro 131. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo ACCENT (n=70): *Stress* Tempo DIF

<i>Stress</i> Tempo DIF (pós-teste – pré-teste)²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	38.15	-.635	.525
> 18	53	34.65		
Escolaridade				
Ensino não superior	21	35.93	-.119	.905
Ensino superior	49	35.32		
Religião				
Católica Praticante	33	32.62	-1.152	.249
Católica não praticante ou outra	37	38.07		

Relativamente ao *stress relacionado com as condições domésticas*, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 132) não foram significativos para os efeitos da idade (p=.411) e escolaridade (p=.330), no G.ACCENT. Verifica-se que os resultados foram significativos no que concerne aos efeitos da religião (p=.007), sendo que as mulheres católicas não praticantes beneficiam mais com a intervenção ACCENT, possuindo uma maior diminuição na perda de recursos no âmbito das condições domésticas.

Quadro 132. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo ACCENT (n=70): *Stress* Condições Domésticas DIF

<i>Stress</i> Condições Domésticas DIF (pós-teste – pré-teste)²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	32.06	-.822	.411
> 18	53	36.60		
Escolaridade				
Ensino não superior	21	31.98	-.973	.330
Ensino superior	49	37.01		
Religião				
Católica Praticante	33	28.68	-2.717	.007
Católica não praticante ou outra	37	41.58		

Ao nível do *stress financeiro*, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 133) não foram significativos para os efeitos da idade ($p=.491$), escolaridade ($p=.593$) e religião ($p=.209$), no G.ACCENT.

Quadro 133. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo ACCENT ($n=70$): *Stress Financeiro DIF*

Stress Financeiro DIF (pós-teste – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	32.59	-.689	.491
> 18	53	36.43		
Escolaridade				
Ensino não superior	21	33.55	-.534	.593
Ensino superior	49	36.34		
Religião				
Católica Praticante	33	32.32	-1.255	.209
Católica não praticante ou outra	37	38.34		

Os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 134), para o *suporte social* na intervenção ACCENT, não foram significativos para os efeitos da idade ($p=.765$), escolaridade ($p=.380$) e religião ($p=.159$).

Quadro 134. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo ACCENT ($n=70$): *Suporte Social DIF*

Suporte Social DIF (pós-teste – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	36.74	-.298	.765
> 18	53	35.10		
Escolaridade				
Ensino não superior	21	38.64	-.877	.380
Ensino superior	49	34.15		
Religião				
Católica Praticante	33	32.00	-1.409	.159
Católica não praticante ou outra	37	38.62		

Variáveis de Comportamento

Os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 135) para o *uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais* na intervenção ACCENT, não foram

significativos para os efeitos da idade ($p=.307$), escolaridade ($p=.770$) e religião ($p=.195$).

Quadro 135. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* (pré-teste, pós-teste) para o Grupo ACCENT ($n=70$): Uso do Preservativo nos Últimos 4 Actos Sexuais DIF

Uso do Preservativo nos Últimos 4 Actos Sexuais DIF (pós-teste – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	39.74	-1.021	.307
> 18	53	34.14		
Escolaridade				
Ensino não superior	21	36.55	-.292	.770
Ensino superior	49	35.05		
Religião				
Católica Praticante	33	32.27	-1.297	.195
Católica não praticante ou outra	37	38.38		

Em resumo, podemos concluir que os principais moderadores a curto prazo (pré-pós) das intervenções foram a idade e a educação. Mais concretamente, a idade teve impacto nas mudanças observadas na auto-eficácia no grupo ACCENT mas não no grupo Didáctico, sendo que as mulheres mais novas obtiveram mais benefícios na auto-eficácia com o Programa ACCENT. A idade também teve impacto nas mudanças observadas na auto-eficácia na negociação do preservativo no grupo Didáctico, sendo que as mulheres mais novas beneficiam mais da intervenção. A idade possui um efeito moderador nas mudanças observadas na percepção de risco na comunidade na intervenção ACCENT, verificando-se que as mulheres mais novas são igualmente mais beneficiadas.

A escolaridade teve impacto nas mudanças observadas na auto-eficácia na negociação do preservativo no grupo Didáctico, sendo que as mulheres do ensino não superior beneficiam mais da intervenção. Os efeitos moderadores da educação verificam-se nas mudanças observadas nas percepções de risco, nomeadamente na percepção de risco pessoal na intervenção Didáctica: as mulheres do ensino não superior beneficiam mais da intervenção. A escolaridade manifesta-se novamente nas mudanças observadas na barreira atitude negativa face ao sexo seguro na intervenção Didáctica, verificando-se igualmente que as mulheres do ensino não superior obtêm mais benefícios. A escolaridade/educação aproxima a significância ao moderar as mudanças

observadas no *stress* relacionado com as condições domésticas no G.ID, onde as mulheres do ensino não superior também beneficiam mais com a intervenção.

A escolaridade e a religião também tiveram impacto nas mudanças observadas na depressão em ambos os grupos (Didático e ACCENT), sendo que nas católicas praticantes do ensino superior houve uma diminuição da depressão, enquanto que nas mulheres com menos escolaridade foram as católicas não praticantes que tiveram maiores ganhos com a intervenção. A religião tem um papel limitado e modera os efeitos da intervenção na depressão, com perfis diferentes consoante o nível de escolaridade. Verificam-se efeitos moderadores da religião nas mudanças observadas na perda de recursos total e nas condições domésticas no G.A, sendo que as mulheres católicas não praticantes beneficiam mais da intervenção.

Em relação às variáveis de bem-estar (sintomas somáticos), sociais e cognitivas (atitude do parceiro percebida como negativa, baixa auto-eficácia percebida na comunicação, conhecimentos, perda de recursos sociais, de tempo e financeiros) e de comportamento (uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais) que não foram moderadas pela idade, escolaridade e/ou religião, verifica-se que, apesar da sua significância na hipótese 1, as mudanças observadas são independentes das variáveis sócio-demográficas.

5.3.2. Efeitos a Longo Prazo

Variáveis Sociais e Cognitivas

Ao nível da *auto-eficácia geral*, verificam-se efeitos de interacção significativos *tempo*×*idade* ($F=3.80$, $p=.012$), *tempo*×*educação* ($F=4.20$, $p=.007$) e *tempo*×*religião* ($F=3.99$, $p=.010$) (Quadro 136). Verifica-se que a idade, educação e envolvimento religioso possuem impacto nas mudanças observadas na auto-eficácia, a longo prazo (4 momentos), em ambos os grupos de intervenção. Nas mulheres mais velhas verifica-se um potenciar dos ganhos da intervenção a longo prazo, enquanto nas mais novas esses ganhos não aumentam após o pós-teste. As mulheres com menor escolaridade e católicas praticantes beneficiam mais da intervenção na auto-eficácia e os ganhos aumentam gradualmente no tempo. Não se verificam efeitos de interacção significativos *tempo*×*grupo*, *tempo*×*grupo*×*variável sócio-demográfica*.

Quadro 136. Resultados significativos das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste e seguimentos de 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (n=74) e grupo ACCENT (n=70): Auto-Eficácia Geral

AUTO-EFICÁCIA	Idade ≤18 (n=39)	Idade >18 (n=88)	F	p
Tempo x idade			3.80	.012
Pré-teste	47.9	50.0		
Pós-teste	52.1	51.2		
3 meses	52.9	54.1		
6 meses	52.1	53.8		
Tempo x educação	Ensino não superior (n=47)	Ensino superior (n=80)	4.20	.007
Pré-teste	49.5	48.5		
Pós-teste	52.2	50.8		
3 meses	55.0	51.7		
6 meses	54.9	50.7		
Tempo x religião	Católica praticante (n=60)	Católica não praticante e ou outra (n=67)	3.99	.010
Pré-teste	48.4	49.7		
Pós-teste	50.6	52.6		
3 meses	54.2	53.0		
6 meses	53.7	52.5		

A longo prazo também se verifica que a intervenção Didáctica está a beneficiar mais as mulheres mais novas ($p=.007$) do ensino não superior ($p=.032$), no âmbito da *auto-eficácia na negociação do preservativo* (Quadro 137). Mais uma vez a religião não teve um impacto significativo ($p=.536$).

Quadro 137. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=65): Auto-eficácia na Negociação do Preservativo DIF

Auto-eficácia na Negociação do Preservativo DIF (6 meses – pré-teste) ²	Didáctica			
	n	Mean rank	Z	p
Idade			-2.68	.007
≤ 18	22	41.6		
> 18	43	28.6		
Escolaridade			-2.15	.032
Ensino não superior	27	38.8		
Ensino superior	38	28.9		
Religião			-.62	.536
Católica Praticante	30	34.5		
Católica não praticante ou outra	35	31.7		

Relativamente ao grupo ACCENT, os resultados dos testes U *Mann-Whitney* mostram que não se verificam efeitos moderadores a longo prazo na intervenção ACCENT na variável de auto-eficácia na negociação do preservativo (Quadro 138).

Quadro 138. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo de Intervenção ACCENT (n=62): Auto-eficácia na Negociação do Preservativo DIF

Auto-eficácia na Negociação do Preservativo DIF (6 meses – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	35.44	-1.082	.279
> 18	45	30.01		
Escolaridade				
Ensino não superior	20	31.78	-.085	.932
Ensino superior	42	31.37		
Religião				
Católica Praticante	30	32.68	-.512	.609
Católica não praticante ou outra	32	30.39		

Os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* revelam que a intervenção Didáctica está a beneficiar mais a longo prazo as mulheres do ensino não superior, verificando-se um aumento da percepção de risco pessoal (p=.002) (Quadro 139). Os resultados não foram significativos para os efeitos da idade (p=.330) e religião no G.ID (p=.740).

Quadro 139. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=65): Percepção de Risco Pessoal DIF

Percepção de Risco Pessoal DIF (6 meses – pré-teste) ²	Didáctica			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	22	35.73	-.975	.330
> 18	43	31.60		
Escolaridade				
Ensino não superior	27	40.26	-3.057	.002
Ensino superior	38	27.84		
Religião				
Católica Praticante	30	32.28	-.332	.740
Católica não praticante ou outra	35	33.61		

Os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 140) não foram significativos para os efeitos da idade ($p=.644$), escolaridade ($p=.255$) e religião ($p=.864$) na *percepção de risco na comunidade*. Assim, a longo prazo as variáveis sócio-demográficas não moderam as mudanças encontradas na percepção de risco na comunidade referentes à intervenção ACCENT.

Quadro 140. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo ACCENT (n=62): Percepção de Risco na Comunidade DIF

Percepção de Risco na Comunidade DIF (6 meses – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	32.91	-.462	.644
> 18	45	30.97		
Escolaridade				
Ensino não superior	20	34.60	-1.139	.255
Ensino superior	42	30.02		
Religião				
Católica Praticante	30	31.83	-.172	.864
Católica não praticante ou outra	32	31.19		

Relativamente à *atitude negativa face ao sexo seguro*, do questionário de barreiras, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 141) não foram significativos a longo prazo para os efeitos da idade ($p=.457$), escolaridade ($p=.921$) e religião ($p=.573$), no grupo ACCENT. Isto indica que a longo prazo as variáveis sócio-demográficas não moderam as mudanças encontradas na atitude negativa face ao sexo seguro no grupo ACCENT.

Quadro 141. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo ACCENT (n=62): Atitude Negativa face ao Sexo Seguro DIF

Atitude Negativa face ao Sexo Seguro DIF (6 meses – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	28.97	-.745	.457
> 18	45	32.46		
Escolaridade				
Ensino não superior	20	31.20	-.099	.921
Ensino superior	42	31.64		
Religião				
Católica Praticante	30	30.28	-.564	.573
Católica não praticante ou outra	32	32.64		

Também em relação à *atitude do parceiro percebida como negativa*, do questionário de barreiras, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 142) não foram significativos para os efeitos da idade ($p=.379$), escolaridade ($p=.319$) e religião ($p=.462$), no grupo ACCENT. Podemos concluir que a longo prazo as variáveis sócio-demográficas não moderam as mudanças encontradas na atitude do parceiro percebida como negativa no grupo ACCENT.

Quadro 142. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo ACCENT ($n=62$): Atitude do Parceiro Percebida como Negativa DIF

Atitude do Parceiro Percebida como Negativa DIF (6 meses – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	28.68	-.879	.379
> 18	45	32.57		
Escolaridade				
Ensino não superior	20	28.65	-.997	.319
Ensino superior	42	32.86		
Religião				
Católica Praticante	30	30.00	-.736	.462
Católica não praticante ou outra	32	32.91		

Foram realizadas análises de medidas repetidas para o conhecimento sexual, mas os resultados obtidos não evidenciam efeitos principais ou interactivos significativos a longo prazo (Quadro 143), tal como já havia sido observado a curto prazo. A idade, a educação e a prática religiosa não tiveram efeitos moderadores nos ganhos com o conhecimento sexual ($F=.477$, $p=.699$; $F=.444$, $p=.722$; $F=1.565$, $p=.202$). Assim, verifica-se um aumento de conhecimentos em todos os grupos independentemente da sua idade, escolaridade e envolvimento religioso.

Quadro 143. Resultados das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, seguimento de 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (n=65) e grupo ACCENT (n=62): Conhecimento Sexual Total – Respostas Correctas

CONHECIMENTO SEXUAL	Grupo				F	p
Total – respostas correctas	ID		ACCENT		.477	.699
	Idade≤18 (n=22)	Idade>18 (n=43)	Idade≤18 (n=17)	Idade>18 (n=45)		
Tempo x grupo x idade						
Pré-teste	9.08	9.40	8.68	10.49		
Pós-teste	13.26	12.81	13.00	13.13		
3 Meses	13.33	13.15	12.99	13.35		
6 Meses	13.00	12.99	13.00	12.99		
Tempo x grupo x educação	Ensino não superior (n=27)	Ensino superior (n=38)	Ensino não superior (n=20)	Ensino superior (n=42)	.444	.722
Pré-teste	8.79	9.69	9.72	10.24		
Pós-teste	12.68	13.39	13.00	13.25		
3 Meses	13.24	13.23	13.37	12.94		
6 Meses	13.00	12.99	13.00	12.97		
Tempo x grupo x religião	Católica praticante (n=30)	Católica não praticante e ou outra (n=35)	Católica praticante (n=30)	Católica não praticante e ou outra (n=32)	1.565	.202
Pré-teste	8.89	9.59	10.31	9.47		
Pós-teste	13.13	12.94	13.11	13.06		
3 Meses	13.42	13.05	13.13	13.33		
6 Meses	12.99	13.00	12.98	13.00		

Relativamente aos *conhecimentos sobre a transmissão do VIH*, os resultados obtidos também não evidenciam efeitos principais ou interactivos significativos (e.g., Quadro 144). Verifica-se apenas uma tendência no efeito *tempo×grupo×religião* ($F=2.592$; $p=.056$), sendo que as mulheres católicas não praticantes do grupo ACCENT beneficiam mais com a intervenção, enquanto que as católicas praticantes do grupo ID beneficiam mais da intervenção. A idade e a educação não tiveram efeitos moderadores nos ganhos com o conhecimento sobre a transmissão do VIH ($F=.223$, $p=.880$; $F=.391$, $p=.759$). Assim, verifica-se um aumento de conhecimentos sobre a transmissão do VIH em todos os grupos independentemente da sua idade e escolaridade, verificando-se apenas uma influência limitada do envolvimento religioso.

Quadro 144. Resultados das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, seguimento de 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (n=65) e grupo ACCENT (n=62): Conhecimentos – Transmissão do VIH

CONHECIMENTOS	Grupo				F	p
Transmissão do VIH	ID		ACCENT			
	Idade≤18 (n=22)	Idade>18 (n=43)	Idade≤18 (n=17)	Idade>18 (n=45)		
<i>Tempo x grupo x idade</i>					.223	.880
Pré-teste	4.95	5.53	5.06	6.19		
Pós-teste	7.89	7.73	7.79	7.83		
3 Meses	7.91	7.88	7.86	7.90		
6 Meses	8.00	7.97	8.00	7.99		
<i>Tempo x grupo x educação</i>	Ensino não superior (n=27)	Ensino superior (n=38)	Ensino não superior (n=20)	Ensino superior (n=42)	.391	.759
Pré-teste	5.04	5.47	5.78	5.89		
Pós-teste	7.64	7.98	7.77	7.90		
3 Meses	7.91	7.88	7.93	7.79		
6 Meses	8.00	7.97	8.00	7.97		
<i>Tempo x grupo x religião</i>	Católica praticante (n=30)	Católica não praticante e ou outra (n=35)	Católica praticante (n=30)	Católica não praticante e ou outra (n=32)	2.592	.056
Pré-teste	5.00	5.48	6.13	5.50		
Pós-teste	7.74	7.87	7.93	7.69		
3 Meses	7.88	7.91	7.80	7.97		
6 Meses	7.99	7.98	7.98	8.00		

Os resultados das análises de medidas repetidas para os *conhecimentos sobre a prevenção do VIH* não evidenciam efeitos principais ou interactivos significativos a longo prazo (Quadro 145). A idade, a educação e a prática religiosa não tiveram efeitos moderadores nos ganhos com o conhecimento sobre a prevenção do VIH ($F=.713$, $p=.546$; $F=.385$, $p=.764$; $F=1.169$, $p=.325$). Assim, verifica-se um aumento de conhecimentos sobre a prevenção do VIH em todos os grupos independentemente da sua idade, escolaridade e envolvimento religioso.

Quadro 145. Resultados das Manovas para medidas repetidas (pré-teste, pós-teste, seguimento de 3 e 6 meses) para o grupo de intervenção Didáctica (n=65) e grupo ACCENT (n=62): Conhecimentos – Prevenção do VIH

CONHECIMENTOS	Grupo				F	p
Prevenção do VIH	ID		ACCENT			
	Idade≤18 (n=22)	Idade>18 (n=43)	Idade≤18 (n=17)	Idade>18 (n=45)		
<i>Tempo x grupo x idade</i>					.713	.546
Pré-teste	4.13	3.75	3.62	4.30		
Pós-teste	5.37	5.21	5.21	5.30		
3 Meses	5.42	5.39	5.13	5.45		
6 Meses	5.00	5.14	5.00	5.00		
<i>Tempo x grupo x educação</i>	Ensino não superior (n=27)	Ensino superior (n=38)	Ensino não superior (n=20)	Ensino superior (n=42)	.385	.764
Pré-teste	3.63	4.25	3.94	4.35		
Pós-teste	5.16	5.42	5.23	5.35		
3 Meses	5.46	5.35	5.44	5.15		
6 Meses	5.13	5.02	5.00	5.00		
<i>Tempo x grupo x religião</i>	Católica praticante (n=30)	Católica não praticante e ou outra (n=35)	Católica praticante (n=30)	Católica não praticante e ou outra (n=32)	1.169	.325
Pré-teste	3.77	4.10	4.17	3.97		
Pós-teste	5.51	5.07	5.18	5.36		
3 Meses	5.67	5.14	5.33	5.36		
6 Meses	5.13	5.02	5.00	5.00		

Em relação à *perda de recursos* (COR-E Total), os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 146) não foram significativos para os efeitos da idade (p=.712), escolaridade (p=.385) e religião (p=.335), nas mudanças a longo prazo no G.ID.

Quadro 146. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=65): COR-E Total DIF

COR-E Total DIF (6 meses – pré-teste) ²	Didáctica			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	22	34.20	-.369	.712
> 18	43	32.38		
Escolaridade				
Ensino não superior	27	35.41	-.868	.385
Ensino superior	38	31.29		
Religião				
Católica Praticante	30	35.43	-.964	.335
Católica não praticante ou outra	35	30.91		

O mesmo padrão pode ser observado relativamente ao *stress social*, onde os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 147) não foram significativos para os efeitos da idade (p=.704), escolaridade (p=.675) e religião no G.ID (p=.415), a longo prazo.

Quadro 147. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=65): *Stress Social* DIF

<i>Stress Social</i> DIF (6 meses – pré-teste) ²	Didáctica			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	22	34.23	-.380	.704
> 18	43	32.37		
Escolaridade				
Ensino não superior	27	34.15	-.419	.675
Ensino superior	38	32.18		
Religião				
Católica Praticante	30	35.03	-.815	.415
Católica não praticante ou outra	35	31.26		

No âmbito do *stress tempo*, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 148) também não foram significativos para os efeitos da idade (p=.629), escolaridade (p=.277) e religião (p=.897), nas mudanças a longo prazo no G.ID.

Quadro 148. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=65): *Stress* Tempo DIF

Stress Tempo DIF (6 meses – pré-teste) ²	Didáctica			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	22	31.45	-.488	.626
> 18	43	33.79		
Escolaridade			-1.088	.277
Ensino não superior	27	30.07		
Ensino superior	38	35.08		
Religião			-.129	.897
Católica Praticante	30	32.68		
Católica não praticante ou outra	35	33.27		

Relativamente ao *stress relacionado com as condições domésticas*, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 149) não foram significativos para os efeitos da idade (p=.489), escolaridade (p=.179) e religião (p=.732), nas mudanças a longo prazo no G.ID.

Quadro 149. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=65): *Stress* Condições Domésticas DIF

Stress Condições Domésticas DIF (6 meses – pré-teste) ²	Didáctica			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	22	35.23	-.693	.489
> 18	43	31.86		
Escolaridade			-1.344	.179
Ensino não superior	27	36.67		
Ensino superior	38	30.39		
Religião			-.342	.732
Católica Praticante	30	32.15		
Católica não praticante ou outra	35	33.73		

Ao nível do *stress financeiro*, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 150) não foram significativos para os efeitos da idade (p=.921), escolaridade (p=.390) e religião (p=.531), nas mudanças a longo prazo no G.ID.

Quadro 150. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=65): *Stress Financeiro DIF*

Stress Financeiro DIF (6 meses – pré-teste) ²	Didáctica			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	22	33.32	-.099	.921
> 18	43	32.84		
Escolaridade				
Ensino não superior	27	35.33	-.859	.390
Ensino superior	38	31.34		
Religião				
Católica Praticante	30	34.55	-.627	.531
Católica não praticante ou outra	35	31.67		

Relativamente ao G.A, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 151) relativos à perda global de recursos (COR-E) não foram significativos para os efeitos da idade (p=.121) e escolaridade (p=.172). Verificam-se resultados significativos para o efeito a longo prazo da religião (p=.045), tal como havia sido observado a curto prazo. Assim, a intervenção ACCENT está a beneficiar mais as mulheres que são católicas não praticantes, verificando-se uma maior diminuição da perda de recursos no tempo.

Quadro 151. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo ACCENT (n=62): COR-E Total DIF

COR-E Total DIF (6 meses – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	25.76	-1.550	.121
> 18	45	33.67		
Escolaridade				
Ensino não superior	20	27.00	-1.365	.172
Ensino superior	42	33.64		
Religião				
Católica Praticante	30	26.78	-2.008	.045
Católica não praticante ou outra	32	35.92		

No que concerne ao *stress social* no grupo ACCENT, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 152) não foram significativos para os efeitos da idade (p=.257), escolaridade (p=.260) e religião (p=.096), nas mudanças a longo prazo.

Quadro 152. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo ACCENT (n=62): *Stress Social DIF*

<i>Stress Social DIF</i> (6 meses – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	27.32	-1.133	.257
> 18	45	33.08		
Escolaridade				
Ensino não superior	20	27.80	-1.126	.260
Ensino superior	42	33.26		
Religião				
Católica Praticante	30	27.60	-1.666	.096
Católica não praticante ou outra	32	35.16		

Em relação ao *stress tempo* no grupo ACCENT, os resultados do teste U de *Mann-Whitney* (Quadro 153) também não foram significativos para os efeitos da idade (p=.380), escolaridade (p=.385) e religião (p=.284), nas mudanças a longo prazo.

Quadro 153. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo ACCENT (n=62): *Stress Tempo DIF*

<i>Stress Tempo DIF</i> (6 meses – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	28.29	-.878	.380
> 18	45	32.71		
Escolaridade				
Ensino não superior	20	28.68	-.869	.385
Ensino superior	42	32.85		
Religião				
Católica Praticante	30	29.02	-1.072	.284
Católica não praticante ou outra	32	33.83		

Relativamente ao *stress relacionado com as condições domésticas* no G.ACCENT, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 154) aproximam a significância para o efeito da idade (p=.061), onde as mulheres mais velhas beneficiam mais da intervenção ACCENT em termos de diminuição da perda de recursos de condições domésticas. Os resultados não foram significativos para o efeito da escolaridade no G.ACCENT (p=.125). Verifica-se que os resultados foram

significativos no que concerne aos efeitos da religião ($p=.013$), sendo que as mulheres católicas não praticantes beneficiam mais com a intervenção ACCENT possuindo maior diminuição na perda de recursos no âmbito das condições domésticas a longo prazo, tal como já tinha sido observado a curto prazo.

Quadro 154. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo ACCENT ($n=62$): *Stress* Condições Domésticas DIF

<i>Stress</i> Condições Domésticas DIF (6 meses – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	24.65	-1.871	.061
> 18	45	34.09		
Escolaridade				
Ensino não superior	20	26.50	-1.533	.125
Ensino superior	42	33.88		
Religião				
Católica Praticante	30	25.72	-2.488	.013
Católica não praticante ou outra	32	36.92		

Ao nível do *stress financeiro* no G.ACCENT, os resultados dos testes U de *Mann-Whitney* (Quadro 155) não foram significativos para os efeitos da idade ($p=.092$) e escolaridade ($p=.157$). Verificam-se resultados significativos para o efeito da religião nas mudanças a longo prazo ($p=.050$). As mulheres católicas não praticantes apresentam maior diminuição na perda de recursos de *stress financeiro* do que as praticantes.

Quadro 155. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo ACCENT ($n=62$): *Stress* Financeiro DIF

<i>Stress</i> Financeiro DIF (6 meses – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	25.29	-1.683	.092
> 18	45	33.84		
Escolaridade				
Ensino não superior	20	26.85	-1.415	.157
Ensino superior	42	33.71		
Religião				
Católica Praticante	30	26.92	-1.958	.050
Católica não praticante ou outra	32	35.80		

Variáveis de Comportamento

Relativamente ao *uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais*, os resultados do teste U de *Mann-Whitney* (Quadro 156), para o grupo de intervenção Didáctica, não foram significativos para os efeitos da idade ($p=.689$), escolaridade ($p=.716$) e religião ($p=.125$), nos ganhos a longo prazo.

Quadro 156. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo de Intervenção Didáctica (n=65): Uso do Preservativo nos Últimos 4 Actos Sexuais DIF

Uso do Preservativo nos Últimos 4 Actos Sexuais DIF (6 meses – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	22	31.75	-.401	.689
> 18	43	33.64		
Escolaridade				
Ensino não superior	27	32.04	-.364	.716
Ensino superior	38	33.68		
Religião				
Católica Praticante	30	36.70	-1.535	.125
Católica não praticante ou outra	35	29.83		

Os resultados do teste U de *Mann-Whitney* (Quadro 157) para o *uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais* na intervenção ACCENT, não foram significativos para os efeitos da idade ($p=.935$), escolaridade ($p=.994$) e religião ($p=.512$), nos ganhos a longo prazo.

Quadro 157. Resultados dos Testes U de *Mann-Whitney* para o Grupo ACCENT (n=62): Uso do Preservativo nos Últimos 4 Actos Sexuais DIF

Uso do Preservativo nos Últimos 4 Actos Sexuais DIF (6 meses – pré-teste) ²	ACCENT			
	n	Mean rank	Z	p
Idade				
≤ 18	17	31.21	-.082	.935
> 18	45	31.61		
Escolaridade				
Ensino não superior	20	31.53	-.008	.994
Ensino superior	42	31.49		
Religião				
Católica Praticante	30	33.00	-.655	.512
Católica não praticante ou outra	32	30.09		

Em resumo, podemos concluir que os principais moderadores a longo prazo (pré-teste – seguimento de seis meses) das intervenções foram a idade e a educação. Mais concretamente, verifica-se que a idade, a educação e o envolvimento religioso tiveram impacto nas mudanças na auto-eficácia em ambos os grupos de intervenção. Assim, as mulheres mais velhas, com baixo nível de escolaridade, católicas praticantes, beneficiam mais a longo prazo da intervenção ao nível da auto-eficácia. A idade e a educação também tiveram impacto nas mudanças observadas na auto-eficácia na negociação do preservativo no grupo Didáctico a longo prazo, sendo que as mulheres mais novas do ensino não superior continuam a beneficiar mais da intervenção. Os efeitos moderadores da educação verificam-se nas mudanças observadas na percepção de risco, nomeadamente na percepção de risco pessoal, na intervenção Didáctica, verificando-se que as mulheres do ensino não superior beneficiam mais da intervenção a longo prazo. A idade aproxima a significância ao moderar as mudanças observadas no *stress* relacionado com as condições domésticas no G. ACCENT, onde as mulheres mais velhas beneficiam mais com a intervenção.

A religião tem um papel limitado e modera os efeitos da intervenção nos conhecimentos sobre a transmissão do VIH, com perfis diferentes consoante a prática religiosa: as mulheres católicas não praticantes do grupo ACCENT beneficiam mais da intervenção a longo prazo, enquanto que no grupo ID são as católicas praticantes que mais benefícios obtêm da intervenção a longo prazo. Verificam-se novamente efeitos moderadores da religião nas mudanças observadas na perda de recursos total, nas condições domésticas e no perda de recursos financeiros no G.A, sendo que as mulheres católicas não praticantes beneficiam mais da intervenção a longo prazo.

Em relação às variáveis sociais e cognitivas, percepção de risco na comunidade (intervenção ACCENT), atitude negativa face ao sexo seguro (intervenção ACCENT), atitude do parceiro percebida como negativa (intervenção ACCENT), conhecimentos total respostas correctas (ambos os grupos), conhecimentos sobre a prevenção do VIH (ambos os grupos), perda de recursos total (Intervenção Didáctica), *stress* social (ambos os grupos), *stress* tempo (ambos os grupos), *stress* condições domésticas (Intervenção Didáctica), *stress* financeiro (Intervenção Didáctica), e variáveis de comportamento, uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais (ambos os grupos), as mudanças observadas a longo prazo não foram moderadas pela idade, escolaridade e/ou envolvimento religioso. Verifica-se que, apesar da sua significância na hipótese 3, as

mudanças observadas são independentes da idade, escolaridade e/ou envolvimento religioso.

Podemos concluir que os grupos que estão a ser mais beneficiados com as intervenções são as mulheres mais novas em termos de auto-eficácia na negociação do preservativo (G.ID), as mulheres mais velhas no âmbito da auto-eficácia geral (ambos os grupos) e na diminuição da perda de recursos de condições domésticas (G.ACCENT). Ao nível da escolaridade, as mulheres do ensino não superior são claramente as mais beneficiadas no âmbito da auto-eficácia geral, auto-eficácia na negociação do preservativo (G.ID) e percepção de risco pessoal (G.ID). Por fim, relativamente à religião verifica-se que as mulheres católicas praticantes beneficiam mais com as intervenções em termos de auto-eficácia geral e dos conhecimentos sobre a transmissão do VIH (G.ID), enquanto que as mulheres católicas não praticantes beneficiam mais com as intervenções ao nível dos conhecimentos sobre a transmissão do VIH (G.ACCENT) e na diminuição da perda de recursos total, de condições domésticas e financeiro (G.ACCENT).

CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

6.1. Discussão dos Resultados

Da análise dos estudos epidemiológicos realizados sobre o VIH nas mulheres, sabe-se que existe um conjunto de factores de risco que aumentam a susceptibilidade à doença, como é o caso dos factores de risco sócio-económicos (e.g., nível de escolaridade), comportamentais e psicossociais (e.g., problemas de saúde mental), sócio-cognitivos (e.g., auto-eficácia), e sócio-culturais (e.g., normas sociais). Tais factores de risco e comportamentos estão relacionados com o risco de infecção pelo VIH (Amaro, 1995; Logan, Cole, & Leukefeld, 2002; O'Leary & Jemmott, 1995; Wingood & DiClemente, 2002). Por esta razão, é importante intervir na população feminina no sentido de promover um conjunto de competências e conhecimentos que lhes permita a prática eficaz de prevenção face ao VIH.

Como já referido na revisão da literatura, as mulheres encontram-se particularmente vulneráveis à infecção pelo VIH, existindo um aumento acentuado de casos de SIDA na população feminina (WHO, 2002). Intervir nesta população permite prevenir a doença e estabelecer a adopção de comportamentos sexuais seguros, tal como demonstrado por um conjunto de intervenções realizadas neste campo (e.g., *The NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group*, 2001). O objectivo da intervenção ACCENT aqui testada foi o de refinar e testar uma abordagem comportamental para aumentar as práticas sexuais seguras entre as mulheres jovens portuguesas de modo a diminuir o risco face ao VIH (e.g., aumentar as competências de resolução/negociação de conflito, juntamente com as crenças que as acompanham, são fundamentais para induzir a mudança de comportamento diádico nos casais; Ickovics & Rodin, 1992; Wingood & DiClemente, 1997, 1998). De acordo com a literatura (Fisher & Fisher, 2002), o conhecimento sobre a transmissão e prevenção do VIH, por si só, não é suficiente para que a mudança comportamental ocorra em comportamentos complexos, como é o caso do comportamento sexual. Torna-se, por esta razão, essencial comparar a eficácia relativa de uma abordagem mais elaborada de prevenção do VIH (ACCENT) face a uma abordagem meramente informativa (Didáctica) e a um grupo de Controlo (sem intervenção).

Este capítulo dedica-se à discussão dos resultados apresentados no capítulo anterior, integrando os dados obtidos com o conhecimento científico acumulado neste domínio e apresentado na revisão da literatura. A discussão dos resultados será feita pela ordem de apresentação dos mesmos.

6.2 Análise da Eficácia Relativa das Intervenções

6.2.1 Eficácia a curto prazo dos Programas ACCENT e Didáctico relativamente ao Grupo de Controlo

Antes de mais há que referir que o G.ID, o G.A e o G.C não diferem, no pré-teste ao nível das variáveis de depressão, auto-estima, auto-eficácia geral e auto-eficácia na negociação do preservativo, conhecimento sexual, suporte social e comportamento sexual seguro (utilização do preservativo de forma consistente e correcta). Diferem apenas na perda de recursos (o G.A apresenta maior perda total de recursos à partida, tal como o G.ID, face ao G.C), percepção de risco (percepção de risco no parceiro e conversar sobre o VIH), baixa auto-eficácia percebida na comunicação e utilização da pílula.

A hipótese 1 refere-se à eficácia a curto prazo (pré-pós) das intervenções comparativamente ao grupo de controlo. A hipótese 1 foi confirmada para uma grande parte das variáveis sociais e cognitivas e para uma das variáveis do comportamento. A hipótese 1 foi confirmada para as seguintes variáveis sociais e cognitivas: auto-eficácia na negociação do preservativo (Intervenção Didáctica), percepção de risco pessoal (Intervenção Didáctica), percepção de risco na comunidade (Intervenção ACCENT), atitude negativa face ao sexo seguro (Intervenção ACCENT), atitude do parceiro percebida como negativa (Intervenção ACCENT), conhecimento sobre a transmissão do VIH (Intervenção ACCENT), *stress* social, tempo, condições domésticas, financeiro, COR-E total (ambos os grupos de intervenção) e suporte social (Intervenção ACCENT). A Hipótese 1 também se comprovou para a variável do comportamento sexual, uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais (Intervenção ACCENT). Aproximaram-se da significância as variáveis de depressão (CES-D total) e a sub-escala sintomas somáticos, a auto-eficácia geral (em ambas as intervenções), a baixa auto-eficácia percebida na comunicação (Intervenção ACCENT) e a atitude negativa face ao sexo seguro (Intervenção Didáctica). Não obstante, a hipótese 1 não foi confirmada a curto prazo para a variável de bem-estar auto-estima e para a variável social e cognitiva baixa percepção de risco e a variável comportamental actividade actual (intenção e compra do preservativo).

Variáveis de Bem-Estar

Relativamente à variável de bem-estar depressão, as mulheres do G.A e do G.ID apresentam valores mais baixos de *sintomatologia depressiva* (CES-D total) e sintomas somáticos, após a intervenção, em relação ao G.C. No entanto, estas diferenças não atingem a significância estatística. Como veremos na hipótese 3, estes ganhos no pós-teste continuam a não ter significado estatístico a longo prazo. No entanto, a análise da percentagem de mulheres clinicamente deprimidas nos três grupos revela que esta parece diminuir nos grupos de intervenção e não no grupo de controlo, apoiando os ganhos destas intervenções a este nível. De acordo com a literatura, a depressão é considerada um factor de risco pessoal para a aquisição do VIH nas mulheres (DiClemente et al., 2001). Como já referido, os problemas de saúde mental como a depressão, estão muitas vezes associados a dificuldades em tomar decisões, problemas de comunicação e défices de competências sociais, o que pode afectar o comportamento preventivo face ao VIH (Jenkins et al., 2000; Segrin, 2000). O facto de se verificar uma diminuição da depressão na sequência das duas intervenções (G.ID e G.ACCENT), remete-nos para o que é comum às duas intervenções, isto é, o fornecimento de informação sobre a transmissão e prevenção do VIH e a oportunidade de falar sobre as questões da sexualidade com outras mulheres, no G.ID individualmente e no G.ACCENT em contexto de grupo. No G.ID, a diminuição na depressão parece estar associada com o aumento da auto-eficácia geral (G.ID: $r=.22$, $p=.058$). Estes dados vão de encontro ao estudo de Nyamathi e colaboradores (1994), em que ambos os grupos de intervenção, intervenção básica face ao VIH (informativa de uma sessão) e programa de intervenção “especializada” sobre o VIH (duas horas), obtiveram resultados positivos pós-intervenção nas variáveis psicológicas, verificando-se uma diminuição da depressão. De facto, ambas as intervenções incluíram o falar sobre o VIH, tal como acontece no presente estudo. Assim, após as intervenções houve um aumento do bem-estar, o que vai de encontro aos resultados encontrados por vários estudos que abordam os benefícios das intervenções ao nível das variáveis psicológicas (depressão e suporte social: $r=.337$, $p=.003$ no G.ID; $r=.255$, $p=.033$ no G.ACCENT). Por exemplo, a percepção de suporte emocional aumentou numa intervenção de múltiplas sessões em grupo no estudo de El-Bassel e col. (1995), no pós-teste, e a depressão diminuiu numa intervenção de múltiplas sessões em grupo logo a seguir à intervenção de prevenção do VIH no estudo de Harris e col. (1998), mantendo-se este resultado no seguimento de

cinco meses. Assim, verifica-se que a oportunidade de falar sobre a SIDA e sua prevenção com outras mulheres, coloca a ênfase na necessidade das mulheres se apoiarem mutuamente, proporcionando maior bem-estar (Mackenzie et al., 1999). Ao melhorar o bem-estar das participantes, as intervenções poderão estar a contribuir para aumentar a probabilidade das mulheres terem os recursos pessoais necessários (e.g., auto-eficácia, energia física e psicológica) para encetar comportamentos preventivos (Hobfoll & Schumm, 2002).

Relativamente à *auto-estima*, observa-se um ligeiro aumento das médias dos grupos submetidos à intervenção comparativamente com o grupo de controlo, embora este aumento não seja significativo, nem se mantenha a longo prazo. Assim, as intervenções não parecem ter tido impacto a este nível. A brevidade das intervenções, especialmente da intervenção Didáctica, poderá explicar estes resultados, uma vez que a auto-estima, avaliação positiva ou negativa face a si própria (Rosenberg, 1965), é algo com alguma estabilidade. É de assinalar que ambas as intervenções não visavam alterar directamente a auto-estima. No entanto, considerou-se que o aumento da auto-eficácia e o treino de competências poderiam afectar a auto-estima no grupo ACCENT. Por outro lado, também não seria de esperar uma mudança a este nível dado que a amostra tinha níveis elevados neste aspecto, considerando que a pontuação máxima possível seria de 30 (GID, M=20; G.A, M=19.8; G.C, M=20.9).

Variáveis Sociais e Cognitivas

Em termos das variáveis sociais e cognitivas, quanto às diferenças observadas a nível da *auto-eficácia geral percebida*, verifica-se que do momento pré para o momento pós-teste observam-se diferenças entre os grupos submetidos às intervenções e o grupo de controlo que se aproximam da significância. O aumento da auto-eficácia geral no G.A e no G.ID (“crenças das pessoas de que conseguem exercer controlo sobre a sua própria motivação, processos de pensamento, estados emocionais e padrões de comportamento”; Bandura, 1994) vai de encontro à literatura neste domínio (O’Leary & Jemmott, 1995). No G.ACCENT, os ganhos na obtenção de informação sobre a transmissão e prevenção do VIH parecem estar associados ao aumento da percepção de auto-eficácia geral pós-intervenção (correlações auto-eficácia e conhecimentos: $r=.24$, $p=.050$). De facto, Hobfoll e col. (1994) indicam que um programa de prevenção do VIH bem sucedido deve proporcionar informação correcta sobre a transmissão e

prevenção, tal como aumentar as crenças de que as pessoas podem realizar comportamentos sexuais seguros com sucesso. A Teoria Sócio-Cognitiva (Bandura, 1992) também refere que uma intervenção eficaz na mudança comportamental deve envolver, entre outras componentes, a componente informativa e a auto-eficácia, estabelecendo uma ligação entre o conhecimento sobre o VIH e a auto-eficácia. Mais concretamente, o aumento de conhecimento sobre o VIH predispõe os indivíduos a acreditar que podem envolver-se de modo eficaz na prevenção do VIH (Wulfert & Wan, 1993). O próprio Bandura (1994) considera que o grau de auto-eficácia proporcionado pela componente informativa é um bom preditor da tentativa de modificar um comportamento não saudável (e.g., no G.ACCENT a correlação entre auto-eficácia e actividade actual de intenção e compra de preservativos foi de .49). Estes resultados vão de encontro aos estudos que verificam simultaneamente uma relação entre o proporcionar conhecimento e o aumento da auto-eficácia (Hobfoll et al., 1994; MacKenzie et al., 2000; NIMH, 2001). Por exemplo, no estudo de Maibach e Flora (1993), a auto-eficácia aumentou de modo significativo nas participantes da condição que combinava informação, modelagem e ensaio. Também no estudo de O’Leary e col. (1998), quer na intervenção de sete sessões, quer na componente informativa de prevenção do VIH, verificaram-se as mesmas melhorias na auto-eficácia. Elaboraremos mais sobre isto na hipótese 3.

Outro aspecto prende-se com a *auto-eficácia na negociação do preservativo*, que aumentou no grupo de intervenção didáctica do pré ao pós-teste, não se observando este resultado nas mulheres do grupo ACCENT. No entanto, veremos na hipótese 3 que este efeito se observa também no G.ACCENT a médio e a longo prazo. Esta crença de auto-eficácia no domínio da negociação do preservativo com os parceiros é definida como sendo a confiança que uma mulher possui para negociar o sexo seguro considerando os custos sociais de tais negociações (Catania et al., 1992; Somlai et al., 2000). De facto, as mulheres submetidas à intervenção didáctica individual, meramente informativa, não tiveram acesso ao treino de negociação do uso do preservativo como as mulheres do grupo ACCENT. Portanto, seria de esperar que o G.ACCENT apresentasse um maior impacto a curto prazo na auto-eficácia específica na negociação do preservativo, o que não se verifica. Parece que a aquisição de informação específica sobre a prevenção e transmissão do VIH, poderá ter sido suficiente para produzir maior auto-eficácia na negociação do preservativo, pois a correlação do conhecimento sexual com a auto-

eficácia na negociação do preservativo no G.ID foi de .30 ($p=.011$). Alguns estudos referem que a informação pode ajudar a auto-eficácia (Hobfoll et al., 1994; MacKenzie et al., 2000; NIMH, 2001) e a TSC (Bandura, 1994) considera que a componente informativa proporciona auto-eficácia. O facto das mulheres terem dois folhetos informativos, que podiam levar para casa em ambos os grupos, poderá ter contribuído para aumentar o impacto da intervenção a este nível.

Em relação à *percepção de risco*, nas mulheres submetidas à intervenção didáctica registou-se um aumento na *percepção de risco pessoal* face ao VIH do momento 1 (pré-teste) ao momento 2 (pós-teste), o que não se verifica para a intervenção ACCENT. Estes resultados indicam que a intervenção que proporciona informação sobre a transmissão e prevenção do VIH foi eficaz a curto prazo ao aumentar a percepção de risco pessoal. Além disso, o formato individual desta intervenção, pelo seu foco pessoal poderá também explicar este efeito. Este aumento no G.ID parece estar relacionado com o aumento da intenção de uso do preservativo e compra de preservativos ($r=.199$, $p=.089$) e com o aumento do suporte social ($r=.23$, $p=.052$). A baixa percepção pessoal de risco encontra-se normalmente relacionada com menos práticas sexuais seguras (e.g., Hobfoll et al., 1993; St. Lawrence et al., 1998). A maior percepção de risco ou de susceptibilidade face ao VIH, enquanto factor de risco sócio-cognitivo, constitui assim um bom preditor do uso do preservativo (Schroder et al., 2001), embora no G.ID este ganho só se associe à intenção e compra do preservativo. Alguns estudos produziram aumento na percepção de risco, como o de Kelly e col. (1994), onde as mulheres, após a intervenção, aumentaram o seu conhecimento sobre o risco face ao VIH e viam-se a si próprias como mais vulneráveis à infecção pelo VIH. Outros estudos relatam melhorias em relação à sensibilização face ao risco (aumento da percepção de risco) na população feminina após as intervenções (Carey et al., 1997; Sikkema et al., 2000). Nas mulheres do grupo ACCENT verificou-se um aumento da *percepção de risco na comunidade* face ao VIH. No G.ACCENT, o aumento da percepção de risco comunitário encontra-se relacionado com a diminuição da barreira atitude negativa face ao sexo seguro ($r=.24$, $p=.043$) e com a actividade actual (intenção, compra de preservativos) ($r=.20$, $p=.089$).

No que concerne às *barreiras face ao sexo seguro*, factor de risco sócio-cognitivo, nas mulheres submetidas à intervenção didáctica verificou-se apenas uma diminuição da *atitude negativa face ao sexo seguro* do pré-teste para o pós-teste, mas

que não atinge significância estatística e não se mantém a longo prazo. Pelo contrário, nas mulheres submetidas à intervenção ACCENT constatou-se a diminuição de três barreiras face ao sexo seguro a curto prazo, nomeadamente, diminuição da *atitude negativa face ao sexo seguro*, diminuição da *atitude do parceiro percebida como negativa* face ao sexo seguro, e diminuição da *baixa auto-eficácia percebida na comunicação* (tendência de significância). No grupo de controlo não se registou qualquer alteração. Assim, o G.A, intervenção em grupo e com base no treino de competências, teve impacto significativo a curto prazo na diminuição das barreiras face ao sexo seguro. A literatura tem indicado que a percepção de barreiras face ao sexo seguro (Semaan et al., 2003), constitui um factor importante na prática de comportamentos de risco sexual, pelo que este resultado da intervenção é muito significativo e poderá explicar algumas diferenças encontradas entre estes dois tipos de intervenção. Por exemplo, o conteúdo da intervenção ACCENT, que engloba a exposição ao conflito com o treino de competências de negociação do preservativo, permite diminuir a percepção de custos relativamente à utilização do preservativo, pelo facto de ajudar as mulheres a anteciparem as consequências da introdução das práticas sexuais seguras nas suas relações, gerando alternativas, permitindo a diminuição das barreiras também pelo treino de competências ao nível da comunicação (assertividade), pela erotização dos preservativos e pela prática da colocação do preservativos em modelos fâlicos (Moore & Halford, 1999). A alteração da atitude negativa face ao uso de preservativos no grupo ACCENT, quando comparado com o grupo de controlo, vai de encontro aos resultados da literatura (e.g., Schroder et al., 2001). Por exemplo, no estudo de Valdiserri e col. (1989), as atitudes sobre os preservativos foram as únicas variáveis independentes capazes de predizer o uso do preservativo, sugerindo que os programas de promoção do uso do preservativo devem tentar alterar as atitudes negativas. A curto prazo, esta diminuição de barreiras encontra-se associada com o aumento da intenção e compra de preservativos (correlações variam entre .24 e .31) e aparece alguma associação, embora não significativa, com o uso do preservativo ($r=.17$, $p=.16$). Parece ter havido algum impacto da intervenção ACCENT nas dificuldades de comunicação (baixa auto-eficácia percebida na comunicação) no pós-teste, mas que não se mantém a longo prazo, provavelmente relacionado com o treino de competências de negociação do preservativo.

A nível do *Conhecimento Sexual*, verifica-se que do momento pré para o momento pós-teste se observam diferenças entre os grupos submetidos à intervenção e o grupo de controlo (sem intervenção), embora estas não sejam significativas a curto prazo nos testes *post hoc*. Na hipótese 3 verifica-se que estas diferenças se acentuam. De facto, as mulheres que participaram na intervenção em grupo (ACCENT) apresentam maior conhecimento sexual, tal como as que foram submetidas à intervenção individual (Didáctica/Informativa), comparativamente às mulheres do grupo de controlo. Assim, parece que a componente didáctica das intervenções surtiu o efeito desejado de aumentar o nível geral de conhecimento sexual das mulheres. Estes resultados vão de encontro à revisão da literatura que mostra que informar as mulheres sobre a transmissão e prevenção do VIH aumenta os conhecimentos (Mackenzie et al., 1999; NIMH, 2001). Por exemplo, Hobfoll e col. (1994) verificaram que as intervenções que proporcionavam informação, nomeadamente as intervenções de prevenção da SIDA, produziavam aumentos moderados e consistentes no conhecimento em comparação com uma intervenção que apenas abordavam a promoção da saúde em geral ou sem intervenção. Também Carey e col. (1997) verificaram que uma intervenção de redução do risco face à SIDA, que incluiu uma componente informativa, obteve aumentos no conhecimento quando comparada com um grupo em lista de espera. Resta verificar se este aumento de conhecimentos se traduz numa mudança real de comportamento preventivo. De facto, a curto prazo, não se verifica uma correlação significativa entre os ganhos nos conhecimentos e os ganhos no uso do preservativo (correlação conhecimento e uso do preservativo: $r=.02$, $p=.866$, G.ID; $r=.119$, $p=.33$, G.ACCENT).

No caso dos *conhecimentos face à transmissão do VIH*, pode dizer-se que as mulheres do grupo ACCENT, logo após a intervenção, possuíam mais conhecimentos sobre a transmissão do VIH face ao grupo ID e grupo de controlo. Esta vantagem parece relacionar-se com o treino intensivo de negociação e resolução de conflitos a que foram submetidas e a conhecimentos gerais e específicos sobre a saúde (transmissão e prevenção do VIH). De facto, a transmissão do VIH foi abordada de forma mais específica no grupo ACCENT, dado que além da informação escrita, foram transmitidos conhecimentos através de meios audiovisuais (videocassetes), onde um grupo de mulheres conversa sobre as vias de transmissão e a líder do grupo modera a discussão enfatizando a importância das vias de transmissão e adicionando informação pertinente

relacionada com as barreiras face ao sexo seguro. Assim, verifica-se uma correlação significativa entre os ganhos nos conhecimentos sobre a transmissão do VIH e barreira atitude do parceiro percebida como negativa ($r=.28$, $p=.020$). Os estudos revistos na literatura mostram que proporcionar informação factual sobre a transmissão do VIH e prevenção do VIH, e corrigir crenças erradas são estratégias de prevenção eficazes (Lawrence et al., 2001). Por exemplo, Fisher e col. (2002) verificaram que a intervenção de prevenção do VIH que abordou a informação pelo visionamento do vídeo *Knowing the Facts: Preventing Infection* (1997) resultou no aumento de informação. No entanto, veremos que a longo prazo esta vantagem do G.ACCENT deixa de existir (hipótese 3), tendo o G.ID os mesmos resultados aos seis meses. Assim, é mais eficaz ser submetida à intervenção do que não o ser, dado que as mulheres sem intervenção não aumentaram os seus níveis de conhecimento sobre a transmissão do VIH. No entanto, os ganhos nos conhecimentos sobre a transmissão do VIH no G.ACCENT não se correlaciona significativamente com o uso do preservativo ($r=.14$, $p=.265$).

Na variável *conhecimentos sobre a prevenção do VIH*, verifica-se também o aumento de conhecimentos relativo à prevenção do VIH nas mulheres do G.ID e do G.A, que não se observa nas mulheres sem intervenção. Contudo, nos testes *post hoc* esta diferença entre qualquer dos pares dos grupos não é significativa. Assim, o impacto das intervenções a curto prazo, ao nível dos conhecimentos sobre a prevenção do VIH, foi mais limitada do que sobre a transmissão. Como já referido na revisão da literatura, o conhecimento limitado sobre o VIH, constitui um factor de risco pessoal para a aquisição do VIH na população feminina (Wingood & DiClemente, 2002). A literatura refere que, de facto, a proporção de mulheres jovens que já ouviram falar sobre o VIH é muito superior às mulheres que sabem como se proteger do VIH (WHO, 2002). Por exemplo, Hobfoll e col. (1993) também verificaram que as mulheres possuíam um conhecimento limitado sobre a prevenção do VIH. Mais concretamente, constataram que a maioria das mulheres sabiam que os preservativos ajudavam a prevenir a doença mas não compreendiam qual o papel do espermicida ou do diafragma. Estes resultados vão de encontro aos encontrados no nosso estudo. Embora tenha havido um aumento no conhecimento sobre a prevenção do VIH, este foi mais limitado comparativamente aos conhecimentos sobre a transmissão. Como verificámos no estudo de Hobfoll e col. (1993), existe um conjunto de mitos e crenças relativos à prevenção do VIH (e.g., o uso de diafragma é um método eficaz de prevenção do VIH) que também estão a influenciar

a aquisição de conhecimentos sobre a prevenção do VIH neste estudo (e.g., encontrámos uma correlação positiva de .24, $p=.043$, entre os conhecimentos sobre a prevenção do VIH e a diminuição da barreira de atitude do parceiro percebida como negativa). Os ganhos nos conhecimentos sobre a prevenção também não se correlacionaram significativamente com o aumento no uso do preservativo ($r=.12$, $p=.333$) no G.ACCENT.

Estes resultados relativos ao conhecimento total respostas correctas, conhecimentos sobre a transmissão e prevenção são de extrema importância, dada a relação estabelecida entre o baixo nível de conhecimentos face à SIDA e o comportamento sexual de risco como a não utilização de preservativos (Campbell & Bernhardt, 2003; Hobfoll et al., 1993; Redman, 1999; Somlai et al., 2000). De facto, verifica-se que no G.ACCENT os ganhos obtidos no conhecimento sobre a prevenção do VIH encontram-se relacionados com os ganhos a nível da actividade actual de intenção e compra do preservativo ($r=.228$, $p=.058$). Para além de muitas mulheres possuírem crenças erradas sobre a transmissão do VIH (e.g., partilhar copos/talheres), o número ainda aumenta no que concerne à prevenção (WHO, 2002). Daí a importância do aumento dos conhecimentos especificamente em relação à prevenção do VIH na população feminina. Não obstante, maiores níveis de conhecimento não estão necessariamente associados com comportamentos seguros, como já referido (St. Lawrence et al., 1998).

Em relação à *perda de recursos*, verificou-se uma diminuição no valor global de perda de recursos e em todos os recursos específicos avaliados (social, tempo, condições domésticas e financeiro), após ambas as intervenções, o que não se verifica no G.C. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de na intervenção Didáctica ser dada informação sobre recursos comunitários de saúde (correlação conhecimentos/perda de recursos: $r=.395$, $p=.001$), assim como na intervenção ACCENT ($r=.230$, $p=.055$). Além disso, a intervenção ACCENT gerou um aumento do suporte social e da auto-eficácia, o que poderá estar a ter impacto na perda de recursos, especialmente ao nível dos recursos sociais, de tempo, condições domésticas e pessoais (correlação perda de recursos/suporte social: $r=.349$, $p=.003$; correlação perda de recursos/auto-eficácia geral: $r=.332$, $p=.005$). Analisando os dados relativos ao pré-teste, verifica-se que o GA e o G.ID já possuíam maior perda de recursos no pré-teste relativamente ao grupo de controlo, sendo o G.ACCENT o que apresenta maior *stress*. Assim, seria de esperar que

as mulheres do G.ACCENT e do G.ID beneficiassem mais com as intervenções, uma vez que o G.C. já tinha uma baixa perda de recursos à partida. Estes resultados vão de encontro à Teoria da Conservação dos Recursos (Hobfoll & Schumm, 2002), pois as intervenções estão a prevenir a perda de recursos, a manter os recursos existentes e a proporcionar os recursos necessários aos comportamentos saudáveis, o que abona em favor de um modelo comunitário de intervenção.

No âmbito do *suporte social*, os resultados indicam um aumento deste nas mulheres submetidas à intervenção ACCENT mas não no G.ID ou no G.C. Este ganho poderá ser resultado da intervenção em grupo (ACCENT), que pela sua natureza proporciona suporte social na interacção grupal (Hobfoll et al., 1994). O interesse no suporte social surge sobretudo no âmbito da investigação sobre os efeitos do *stress* quotidiano na saúde, nomeadamente o “efeito amortecedor” (correlação entre o suporte social e a perda de recursos: $r=.349$, $p=.003$, G.A), uma vez que os sujeitos com maiores níveis de suporte social apresentavam menos consequências negativas de saúde, após acontecimentos de vida stressantes, em comparação com os sujeitos com menores níveis de suporte social (Cutrona & Russel, 1987). Estes resultados vão de encontro aos do estudo de Mackenzie e col. (1999), que também utilizaram uma intervenção comportamental de prevenção da SIDA em grupo, colocando uma ênfase comunal na intervenção que se foca na necessidade das mulheres se apoiarem mutuamente (Hobfoll et al., 1994). De acordo com os autores, o colectivismo é enfatizado para encorajar as mulheres a envolverem os outros nas suas decisões de saúde comportamentais e para ganharem poder através da coligação social. Também a intervenção em grupo ACCENT, incorpora estes princípios nas sessões de intervenção e produz efeitos no sentido de um aumento no suporte social entre as mulheres para o comportamento sexual seguro. Estes dados apoiam a vantagem da modalidade de intervenção em grupo em relação à intervenção individual (G.ID), aspecto que elaboraremos na hipótese 2.

Variáveis de Comportamento

Em relação aos resultados obtidos no âmbito da medida da *actividade actual* (intenção e compra), não se verifica um impacto estatisticamente significativo de qualquer das intervenções. Verifica-se apenas um ligeiro aumento das médias dos grupos submetidos à intervenção comparativamente com o grupo de controlo, que não mudou este comportamento. A adaptação efectuada por Bryan e col. (2002) da Teoria

do Comportamento Planeado (TCP) no contexto do uso do preservativo, permite compreender a intenção e a compra dos preservativos. Os autores consideram que existe uma componente adicional entre a intenção de usar preservativo e o comportamento de uso do preservativo, que designam por comportamento sexual seguro preparatório, de que é exemplo o comprar e o ter/trazer preservativos. Assim, estes comportamentos preparatórios constituem-se na literatura como mediadores entre as intenções e o uso do preservativo (Sheeran et al., 1999). Neste estudo, as médias do pré-teste permitem verificar que as intenções de comprar já eram elevadas, considerando o valor máximo de pontuação de 6 (4.24 no G.ID, 4.03, no G.A, e 3.85 no G.C), o que explica a parca mudança observada. No entanto, no G.ACCENT, o aumento da intenção e compra de preservativo correlaciona-se com um ganho importante deste grupo, a diminuição das barreiras face ao sexo seguro (as correlações variam entre .24 e .31), o que indica a relevância destas variáveis para os comportamentos sexuais seguros preparatórios. Outro aspecto que pode explicar este resultado prende-se com o facto das intervenções não se terem focado nas questões da intenção de compra. A intervenção ACCENT focou-se mais no comportamento e no treino de competências comportamentais, pelo que ambas as intervenções não se focaram tanto nas intenções de compra, nem no treino e *role-play* de comportamentos sexuais seguros preparatórios (e.g., comprar preservativos e usar um sistema de cartão de crédito de preservativos). Segundo a TAR e TCP, a intenção é o melhor preditor do comportamento (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen & Madden, 1986; Bosompra, 2001). Apesar da parca mudança na intenção de compra e compra, o comportamento do uso do preservativo mudou. Isto significa que apenas faltava o treino de competências face ao uso do preservativo ou da realização do comportamento sexual seguro, mas a intenção já existia. Carey e col. (1997) testaram uma intervenção de redução do risco que incluía uma componente de motivação, para além do treino de competências, verificando nos resultados uma forte intenção de praticar sexo seguro e maior uso do preservativo. Contudo, no estudo de Hobfoll e col. (1994) não se verifica um aumento das intenções, mas verifica-se aumento nos comportamentos sexuais seguros no grupo de prevenção da SIDA, quando comparado com os grupos de controlo. Este último estudo, cujas intervenções e técnicas de intervenção são semelhantes às por nós implementadas, vai de encontro aos resultados que obtivemos.

Por fim, em relação à variável comportamental *uso do preservativo nos últimos 4 actos sexuais*, verifica-se que as mulheres submetidas às intervenções ACCENT demonstraram um aumento significativo do uso do preservativo a curto prazo (do pré ao pós-teste), quando comparadas com as mulheres da intervenção didáctica e do grupo de controlo. Veremos que este efeito se mantém a longo prazo e se alarga ao G.ID. No G.ACCENT, o uso do preservativo correlacionou-se significativamente com a intenção e compra do mesmo ($r=.32$, $p=.007$), o que atesta da importância dos comportamentos preparatórios. Este resultado vai de encontro ao esperado, uma vez que sendo a intervenção ACCENT mais complexa e intensiva, e focada no treino de competências relevantes para a prevenção, é uma intervenção que deveria ser mais eficaz na mudança de comportamento (O’Leary & Wingood, 2000). De facto, na intervenção ACCENT, além da informação proporcionada, as mulheres treinaram a colocação do preservativo num modelo fállico, o que proporcionou maior competência no uso correcto do preservativo. Ao dar poder (*empowerment*) às mulheres com as competências e informação necessárias (Intervenção ACCENT), elas acabaram por ter um papel activo na protecção da sua saúde sexual. Como já referido na revisão da literatura, o uso consistente de preservativo é de extrema importância: é a principal estratégia de prevenção do VIH em pessoas sexualmente activas (Fineberg, 1988). Adicionalmente, o facto das mulheres da intervenção ACCENT usarem consistentemente o preservativo nos últimos quatro actos sexuais é uma medida de resultado primordial dado que quando usados de forma correcta e consistente estes são altamente eficazes (Roper, Peterson, & Curran, 1993). Este resultado adquire maior dimensão se considerarmos que o uso do preservativo é menos provável com parceiros regulares do que com parceiros casuais (Theall, Sterk, & Elifson, 2003), considerando que a generalidade desta amostra possuía parceiros regulares. Outra condicionante deste resultado prende-se com o facto de muitas mulheres considerarem os preservativos acima de tudo como um método de contracepção e, por consequência, optarem pelo uso da contracepção oral, uma das barreiras mais fortes face ao uso do preservativo (Cooper et al., 1999). A confirmar esta barreira encontra-se a percentagem de mulheres que usava pílula no pré-teste no G.ID (77%) e no G.A (88.6%). Outros estudos, que englobaram a intervenção em grupo de múltiplas sessões, também obtiveram resultados que vão no sentido de um aumento no uso do preservativo (e.g., Carey et al., 1997; Harris et al., 1998; NIMH, 1998; O’Leary et al., 1998). Por exemplo, Hobfoll e col. (1994) verificaram que o grupo de prevenção da SIDA (conhecimento e competências específicas à SIDA semelhantes

ao grupo ACCENT) obteve aumentos moderados e consistentes nos comportamentos sexuais seguros, como o uso do preservativo, quando comparado com os grupos de comparação (promoção da saúde e sem intervenção). Na sequência dos estudos de Hobfoll e col., também Mackenzie e col. (1999) verificaram que a intervenção de prevenção da SIDA produziu aumentos moderados e consistentes nos comportamentos de sexo seguro, em comparação com o grupo de promoção da saúde e o grupo sem intervenção. Hobfoll e col. (2002), na continuação dos estudos da eficácia do programa de prevenção da SIDA, verificaram que as mulheres submetidas ao programa ACCENT indicaram mudanças no comportamento sexual seguro (uso do preservativo) do pré-teste ao pós-teste. Para além dos estudos de Hobfoll e colaboradores, outros estudos obtiveram resultados que indicam o aumento do uso do preservativo após as intervenções de prevenção do VIH. Por exemplo, no estudo de Kelly e col. (1994), as mulheres submetidas à intervenção de prevenção do VIH (treino de competências no uso do preservativo, assertividade sexual, resolução de problemas, etc.) aumentaram o uso do preservativo em relação ao grupo de comparação (tópicos de saúde não relacionados com o VIH, como a alimentação). O estudo do NIMH (2001) também verificou efeito do tratamento (Projecto LIGHT) no comportamento sexual, que mostra que a intervenção de prevenção do VIH em grupo se encontra significativamente associada com aumentos no uso consistente do preservativo.

Em conclusão, ambas as intervenções usadas (ID e ACCENT) foram eficazes a curto prazo na mudança de variáveis sociais e cognitivas consideradas preditores chave do comportamento sexual seguro, como a auto-eficácia, a percepção de risco e o conhecimento sexual. Parece que o componente comum aos dois tipos de intervenção, a educação sexual no domínio da prevenção do VIH através da informação oral e escrita, assim como a oportunidade de partilha sobre a sexualidade, resultou em termos da mudança de variáveis sociais e cognitivas importantes na prevenção do VIH. Em termos do uso do preservativo a curto prazo, parece que a intervenção ACCENT apresenta vantagens neste âmbito, o que abona em favor do treino de competências em situação de grupo. Na discussão da hipótese 2 iremos focar mais os aspectos da eficácia diferencial dos dois tipos de intervenção estudados.

6.2.2 Eficácia Relativa do Programa ACCENT e Didáctico

A hipótese 2 referia-se à comparação da eficácia dos dois tipos de intervenção (ACCENT e ID). Esta comparação é importante dada a necessidade de seleccionar o tipo de intervenção que é eficaz em produzir mudanças específicas, especialmente em traduzir as intenções em comportamentos sexuais seguros (Bosompra, 2001). A comparação das intervenções também permite determinar quais as variáveis sócio-cognitivas e comportamentais que respondem a cada tipo de intervenção. De facto, considerando as quatro componentes de uma intervenção eficaz no âmbito da mudança comportamental (TSC, Bandura, 1994), verificamos que as mulheres submetidas à intervenção didáctica apenas abarcam a componente informativa desenhada para aumentar a consciência e o conhecimento sobre os riscos para a saúde e para persuadir as pessoas de que elas possuem a capacidade para modificar o comportamento. Para além da componente informativa, as mulheres da intervenção ACCENT também tiveram acesso a uma componente para desenvolver as competências sociais, de auto-regulação (e.g., ensaio cognitivo, modelagem por videocassetes) e de redução do risco, necessárias para efectuar a transição do conhecimento sobre o risco para o comportamento preventivo (acção), tal como uma componente para melhorar o nível destas competências (sociais e auto-reguladoras) e o nível de auto-eficácia das mulheres em relação às mesmas (prática e *feedback* correctivo na aplicação das competências). Por fim, a intervenção ACCENT possui uma componente que desenvolve ou envolve o apoio social para as mulheres que estão a efectuar a mudança, com o objectivo de facilitar o processo de mudança e promover a manutenção dessa mesma mudança.

A hipótese 2, que previa vantagens da intervenção ACCENT em relação à intervenção Didáctica, foi confirmada para a percepção de risco na comunidade e para as barreiras face ao sexo seguro (atitude negativa face ao sexo seguro, atitude do parceiro percebida como negativa e baixa auto-eficácia percebida na comunicação), suporte social e uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais, com melhores resultados para o G.ACCENT em comparação com o G.ID. De acordo com o modelo de Fisher e Fisher (1992, 2000, 2002), seria de esperar que a intervenção ACCENT, que além da componente informativa foca-se no treino de competências específicas na negociação e uso do preservativo, seria mais eficaz na mudança do comportamento.

Das variáveis estudadas (variáveis de bem-estar, sociais e cognitivas, e de comportamento sexual), observaram-se mudanças em ambos os grupos do pré para o

pós-teste, a nível da depressão, da auto-eficácia geral, do conhecimento sexual (transmissão e prevenção do VIH), da actividade actual (intenção e compra do preservativo), com resultados idênticos para ambos os grupos (Didáctica e ACCENT). A hipótese 2 não foi confirmada para as restantes variáveis sociais e cognitivas, e de comportamento.

Variáveis de Bem-Estar

Observou-se uma diminuição da *depressão* imediatamente após a intervenção, em ambos os grupos (Didáctica e ACCENT), não existindo diferença em termos de eficácia a este nível. No entanto, já vimos que este efeito só se aproxima da significância no valor total da depressão e sintomas somáticos, quando se compara com o grupo de controlo. Também se verifica que estes efeitos não são duradouros (ver hipótese 3). Assim, os dois tipos de intervenção tendem a aumentar o bem-estar a curto prazo, embora este efeito não dure a médio e a longo prazo. Como já referimos na hipótese 1, este aspecto poderá estar relacionado com a componente relacional das duas intervenções (correlação depressão e suporte social: $r=.337$, $p=.003$, G.ID; $r=.255$, $p=.033$, G.ACCENT).

Relativamente à *auto-estima*, verifica-se um aumento em ambos os grupos após a intervenção, não se verificando resultados significativos nas diferenças entre grupos. No entanto, como já verificamos na hipótese 1, este aumento não pode ser atribuído à intervenção, uma vez que o G.ID e o G.ACCENT não se diferenciam do G.C. Não obstante, se significativo, este ganho seria um resultado importante, uma vez que a auto-estima representa uma das componentes do auto-conceito, sendo crucial para a manutenção de uma sexualidade segura (Rosenberg, 1965).

Variáveis Sociais e Cognitivas

Observou-se um aumento da *auto-eficácia* imediatamente após a intervenção em ambos os grupos (Didáctica e ACCENT), não existindo diferença em termos de eficácia a este nível. Ambos os grupos apresentaram níveis elevados de auto-eficácia, o que indica que estas mulheres possuem a “crença de que se consegue exercer controlo sobre a própria motivação, processos de pensamento, estados emocionais e padrões de comportamento” (Bandura, 1994, p.26). Ambas as intervenções aumentaram esta percepção pessoal. No entanto, estas mudanças positivas na auto-eficácia encontram-se

relacionadas com a aquisição de conhecimento sexual e com a intenção e compra do preservativo apenas no grupo ACCENT ($r_1=.24$, $r_2=.49$).

Este aumento também se verifica na *auto-eficácia específica na negociação do preservativo* no grupo de intervenção didáctica do pré ao pós-teste, não se observando este resultado nas mulheres do grupo ACCENT. Contudo, a intervenção ACCENT também produz este efeito a longo prazo. Já referimos que a aquisição de conhecimentos na área da prevenção e transmissão do VIH, poderá ter contribuído para uma maior auto-eficácia na negociação do preservativo ($r=.295$, $p=.011$, G.ID). Como referido na revisão da literatura, no âmbito da prevenção do VIH, a auto-eficácia significa acreditar que se é capaz de comunicar e negociar o uso do preservativo, ou seja, possuir confiança para negociar o sexo seguro. Este aumento da auto-eficácia em ambos os grupos é importante porque as crenças de auto-eficácia estão associadas com o sexo seguro (O’Leary & Jemmott, 1995). As mulheres submetidas à intervenção ACCENT tiveram a oportunidade de observar e modelar comportamentos sexuais seguros, tal como aqueles relacionados com o uso efectivo do preservativo até aos mais complexos processos de negociação. Pelo contrário, as mulheres da intervenção didáctica apenas tiveram acesso a informação oral e escrita relativa à transmissão e prevenção do VIH, tal como às questões e respostas mais comuns nesta área. Era esperado que as mulheres do grupo ACCENT obtivessem melhores resultados dadas as competências de negociação e de auto-eficácia ensinadas e praticadas no decorrer das sessões em grupo com o objectivo de persuadir os parceiros a usarem o preservativo. Adiciona-se que a auto-eficácia é geralmente um forte preditor do uso do preservativo para as mulheres mas não para os homens (Chewning et al., 2001), tal como a auto-eficácia na comunicação (Somlai et al., 2000). Este aspecto é importante, dado que a informação (conhecimento sobre o VIH) por si só não provoca a mudança comportamental (Bandura, 1994). Assim, para a realização do comportamento (uso do preservativo) são necessárias certas competências (auto-motivação e auto-orientação), mas também a capacidade de as usar, ou seja, a auto-crença nas próprias capacidades de exercer controlo pessoal. De acordo com a TSC (Bandura, 1989, 1992, 1994), a auto-eficácia é essencial, mas também é necessária a aprendizagem de competências para que o comportamento preventivo seja realizado. A observação de efeitos só a longo prazo no G.ACCENT pode estar relacionada com a necessidade de uma interacção recíproca

entre a aplicação de competências e a percepção de auto-eficácia, consolidando-se os ganhos com o tempo.

Outros programas de prevenção do VIH utilizaram estratégias no sentido de aumentar os níveis de auto-eficácia no uso do preservativo, conseguindo-se distinguir grupos submetidos a intervenções com base na TSC e grupos sem intervenção e/ou com intervenção didáctica a longo prazo. Por exemplo, o estudo de Bryan e col. (1996) realizou uma sessão de intervenção de promoção do uso do preservativo com base no modelo da TSC, intervindo na auto-eficácia, tendo-se verificado que a intervenção conduziu a um aumento do uso do preservativo no seguimento de seis meses. Também o *NIMH HIV Prevention Trial* (2001) realizou uma intervenção com base nos princípios da teoria sócio-cognitiva que provou ser eficaz no seguimento de três meses (e.g., na auto-eficácia, no conhecimento sobre o sexo seguro, etc.), mas o sucesso da intervenção foi apenas parcialmente devido aos elementos da TSC. Mais adiante, na hipótese 3, poderemos observar diferenças entre os grupos submetidos a intervenções (didáctica e ACCENT) e o grupo sem intervenção, onde se pode constatar que a auto-eficácia na negociação do preservativo foi influenciada pelos programas.

Em relação à *percepção de risco*, verificou-se um aumento na *percepção de risco pessoal* face ao VIH do momento 1 (pré-teste) ao momento 2 (pós-teste), no grupo de intervenção didáctica. Nas mulheres do grupo ACCENT verificou-se um aumento da *percepção de risco na comunidade* face ao VIH. O mecanismo pelo qual as intervenções afectam a percepção de risco parece ser diferente nos dois grupos. No grupo de intervenção didáctica, parece que o suporte social proporcionado pela intervenção e o aumento da auto-eficácia na negociação proporcionada pela obtenção de conhecimentos poderão estar associados ao aumento da percepção de risco pessoal (correlação percepção de risco pessoal/suporte social: $r=.23$; correlação auto-eficácia na negociação/conhecimentos: $r=.30$). No G.ACCENT, o aumento da percepção de risco comunitário encontra-se relacionado com a diminuição da barreira atitude negativa face ao sexo seguro, ($r=.243$, $p=.043$), sendo este ganho específico da intervenção ACCENT. Independentemente do tipo de percepção de risco afectada pelas intervenções a curto prazo, estas mudanças não se relacionaram com o uso do preservativo em ambos os grupos.

No que concerne às *barreiras face ao sexo seguro*, o grupo ACCENT conseguiu ganhos nas três barreiras avaliadas (atitude negativa face ao sexo seguro, atitude do

parceiro percebida como negativa, baixa auto-eficácia percebida na comunicação) o que não se observou no grupo de intervenção didáctica, efeitos que se mantiveram a longo prazo. Como já foi apontado na discussão da hipótese 1, a intervenção ACCENT permite diminuir a percepção de custos relativamente à utilização do preservativo e o treino de competências ao nível da comunicação (assertividade), e da prática na utilização do preservativo, também teve impacto ao nível das barreiras (Moore & Halford, 1999). Já referimos na hipótese 1 que estes dados vão de encontro à literatura que aponta a relevância da mudança de atitudes face ao sexo seguro para a mudança de comportamento (e.g., Schroder et al., 2001). Assim, a diminuição das barreiras face ao sexo seguro parece ser um efeito específico da intervenção ACCENT, o que constitui uma vantagem à intervenção didáctica, como explicaremos na discussão da hipótese 3.

A nível do *Conhecimento Sexual*, verifica-se que do momento pré para o momento pós-teste, não se observam diferenças entre os grupos submetidos às intervenções (ID e ACCENT). Como já foi assinalado na discussão da hipótese 1, tanto a informação oral como escrita disponibilizada nas duas intervenções parece ter tido o efeito desejado a curto prazo. No entanto, este aumento de conhecimento não se relaciona com os ganhos a nível do comportamento sexual, apoiando a asserção frequentemente encontrada na literatura de que o conhecimento não se traduz directamente no comportamento.

No caso dos *conhecimentos face à transmissão do VIH*, pode dizer-se que as mulheres do grupo ACCENT e do grupo ID aumentaram os seus conhecimentos sobre a transmissão do VIH, embora só no grupo ACCENT esse aumento tenha sido diferente do grupo de controlo. A vantagem do grupo ACCENT pode relacionar-se com a informação ser mais detalhada do que no grupo de intervenção didáctica (e.g., usando meios audiovisuais), assim como com oportunidade de discussão em grupo sobre estes temas. Este ganho no grupo ACCENT parece estar associado à diminuição das barreiras, bem como da atitude do parceiro percebida como negativa.

Na variável *conhecimentos sobre a prevenção do VIH*, verifica-se também o aumento de conhecimentos relativo à prevenção do VIH nas mulheres do G.ID e do G.A, sem se observarem efeitos significativos de grupo. De facto, ambos os grupos proporcionaram informação, embora num formato diferente (individual versus grupo), sobre os métodos de prevenção do VIH. No grupo ACCENT, os ganhos no conhecimento sobre a prevenção do VIH relacionam-se com a diminuição das barreiras

face ao sexo seguro (correlações variam entre .24 e .32), outra associação específica deste grupo. Provavelmente, a oportunidade da discussão em grupo da informação sobre a prevenção do VIH permite uma melhor tradução desse conhecimento na mudança de atitudes do que no grupo de intervenção didáctica.

Em relação à *perda de recursos*, o impacto das duas intervenções foi significativo e semelhante. Em ambas as intervenções, a diminuição da perda de recursos aparece como uma variável importante, relacionando-se com as variáveis de bem-estar, a auto-eficácia, algumas barreiras e o conhecimento sexual. Estes dados apontam para a utilidade da aplicação da Teoria de Conservação de Recursos neste tipo de intervenções.

Em termos do *suporte social*, verifica-se apenas um aumento deste nas mulheres submetidas à intervenção ACCENT, o que sugere que uma intervenção em grupo, pela sua natureza, tem maior impacto a este nível do que a intervenção individual. Como já foi referido, no grupo ACCENT, o aumento do suporte social está associado com o aumento da auto-eficácia ($r=.41$), com a diminuição de barreiras face ao sexo seguro ($r=.36$ e $r=.42$), tendendo também a associar-se à intenção e compra do preservativo ($r=.20$, $p=.106$). Assim, a troca de valores e experiências, proporcionada pela intervenção ACCENT, parece potenciar vários ganhos desta intervenção.

Variáveis de Comportamento

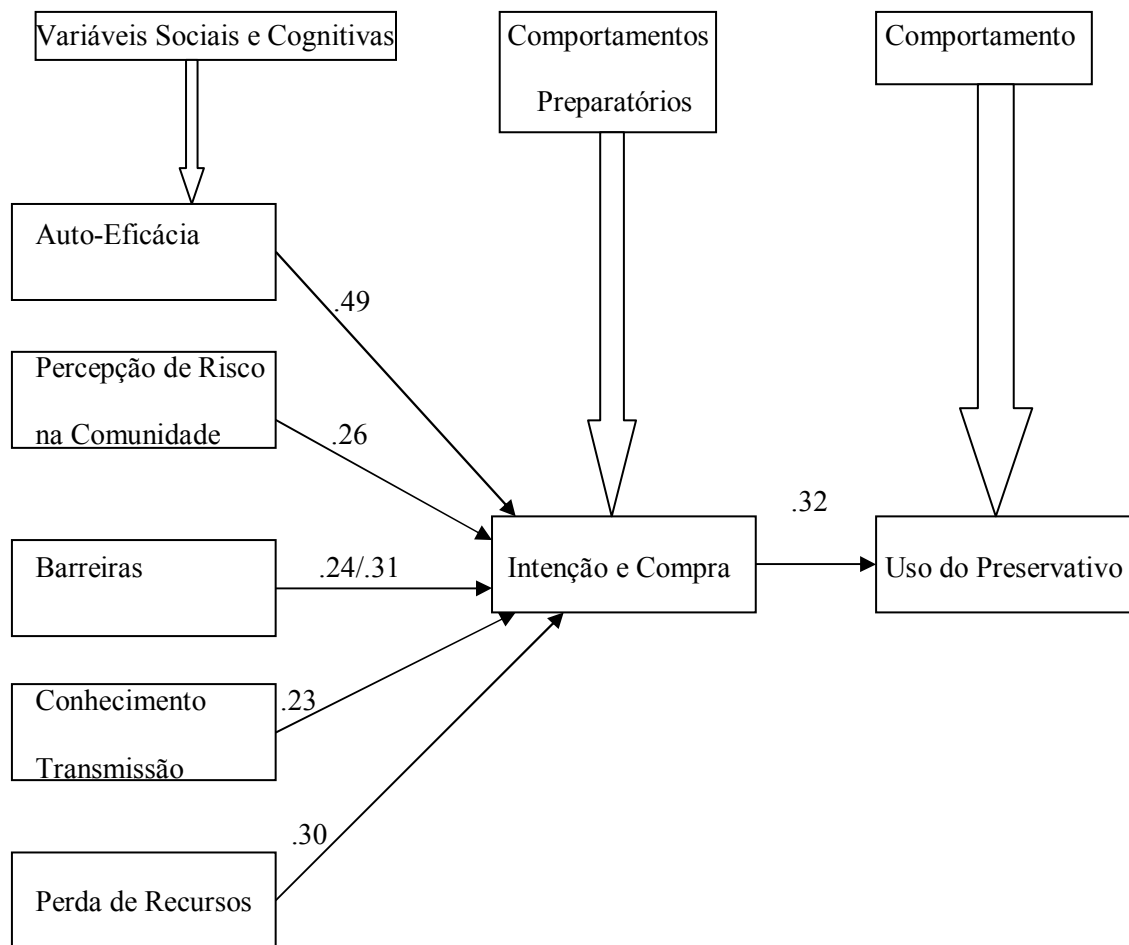
Em relação aos resultados obtidos no âmbito da medida da *actividade actual* (intenção e compra), verifica-se um impacto significativo de ambas as intervenções. No entanto, este efeito não atingiu significância estatística em relação ao G.C., a curto e a longo prazo, pelo que não pode ser considerado específico das intervenções. No entanto, é de assinalar que em ambas as intervenções os ganhos nesta variável se encontram associados com a diminuição da perda de recursos. Além disso, no grupo ACCENT, existe uma associação entre os ganhos a este nível e o aumento da auto-eficácia ($r=.49$), o aumento da percepção de risco na comunidade ($r=.26$) e a diminuição de barreiras face ao sexo seguro ($r=.24$ e $r=.31$). Assim, apesar dos ganhos serem semelhantes para as duas intervenções, parece que no grupo ACCENT estes se relacionam com os mecanismos pelos quais esta intervenção parece estar a actuar, sendo por isso mais consistentes com a mesma. Existe um conjunto de estudos que se focam na intenção,

compra e uso do preservativo (Bryan et al., 1996). Por exemplo, Basen-Enquist (1994) testou a eficácia de uma intervenção de prevenção do VIH com base na TCP, verificando um aumento da auto-eficácia e da intenção de usar preservativos no futuro, tal como um aumento na frequência do uso do preservativo comparativamente a uma condição de controlo.

Quanto ao *uso do preservativo nos últimos 4 actos sexuais*, verifica-se uma superioridade do grupo ACCENT em relação ao grupo de intervenção didáctica. No grupo ACCENT, vemos que os ganhos no uso do preservativo se correlacionam apenas com os ganhos na intenção e compra do mesmo ($r=.32$), o que vai de encontro à literatura que enfatiza a importância destes comportamentos preparatórios como mediadores entre as atitudes/intenções e comportamento (Sheeran et al., 1999).

Assim, a curto prazo ambas as intervenções são eficazes na diminuição da depressão, no aumento da auto-eficácia e dos conhecimentos, não se verificando diferenças significativas entre ambas. As diferenças encontradas entre a intervenção Didáctica e a intervenção ACCENT, prendem-se com um conjunto de variáveis sociais e cognitivas e de comportamento. Mais concretamente, a intervenção didáctica apresentou ganhos superiores à intervenção ACCENT, no pós-teste, na auto-eficácia na negociação do preservativo e na percepção de risco pessoal. Contudo, a intervenção ACCENT obteve mais ganhos em variáveis sociais e cognitivas, e de comportamento chave para explicar a efectiva mudança comportamental, nomeadamente no conhecimento sobre a transmissão do VIH, na diminuição das barreiras face ao sexo seguro (atitude negativa face ao sexo seguro, atitude do parceiro percebida como negativa e baixa auto-eficácia percebida na comunicação), no aumento do suporte social e no uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais. Esta eficácia diferencial entre as duas intervenções (ID e ACCENT) favorece a intervenção ACCENT, verificando-se que a intervenção ACCENT possui mais valia na mudança de variáveis sociais e cognitivas importantes (e.g., atitude negativa face ao sexo seguro), que estão a influenciar as intenções, os comportamentos preparatórios e o comportamento sexual seguro (uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais). Na figura 10 apresentamos uma proposta de modelo explicativo das mudanças observadas no grupo ACCENT, com base nas associações encontradas entre os ganhos obtidos com esta intervenção.

Figura 10. Proposta de Modelo de Mudança de Comportamento a Curto Prazo no Grupo ACCENT



No geral, os efeitos observados nas variáveis de bem-estar, sociais e cognitivas, e de comportamento (aumento do uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais) na intervenção ACCENT demonstram que o programa conseguiu aumentar os comportamentos preventivos face ao VIH e diminuir as barreiras face aos mesmos. Estas mudanças na intervenção ACCENT parecem associadas à intervenção e podem constituir-se como um impacto desta, pelo facto de esta proporcionar informação e aprendizagem/treino de competências relacionadas com o sexo seguro num contexto grupal.

Estes resultados podem ser compreendidos à luz da discussão das intervenções individuais *versus* intervenções em grupo revistas no capítulo três. De facto, ao compararmos a intervenção didáctica com a intervenção ACCENT, verificamos que a primeira é breve, de formato individual e de cariz informativo, enquanto que a segunda

é mais intensiva, realizada em grupo e abrange mais competências para além da informação (ênfase na promoção de competências e da auto-eficácia no uso do preservativo). Assim, a intervenção didáctica individual é mais limitada face à quantidade de competências individuais que pode oferecer (O’Leary & Wingood, 2000). Os resultados deste estudo mostram que ambas são eficazes a curto prazo em variáveis de resultado importantes como a auto-eficácia e o conhecimento sexual. No entanto, a intervenção ACCENT apresenta vantagens num conjunto importante de variáveis sociais e cognitivas que estão a influenciar as mudanças de comportamento preparatório, sendo mais eficaz a curto prazo nas mudanças de comportamento. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Belcher, Kalichman e Topping (1998), onde a intervenção de prevenção do VIH baseada nos princípios sócio-cognitivos e no MIMCC (treino de competências comportamentais) obteve taxas mais elevadas de uso do preservativo, quando comparada com a condição de educação sobre o VIH. De facto, a literatura (e.g., O’Leary & Wingood, 2000) indica que as intervenções meramente didácticas, pela sua brevidade, não permitem a aprendizagem e a prática de competências intensivas (e.g., competências de negociação no uso do preservativo) que são essenciais para a mudança efectiva no comportamento sexual na população feminina.

6.2.3 Efeitos a Médio e Longo Prazo das Intervenções (seguimentos de 3 e 6 meses): Comparação dos Grupos Didáctica, ACCENT e Controlo

Em relação à comparação das intervenções com o grupo de controlo, os resultados foram no sentido esperado, mostrando que as mulheres submetidas às intervenções apresentam melhores resultados após a intervenção e nos seguimentos de três e seis meses comparativamente ao grupo de controlo em variáveis psicossociais importantes, no nível de conhecimentos e no uso de preservativo. Assim, no grupo ACCENT e no grupo de Intervenção Didáctica (ID), os ganhos obtidos com as intervenções apontam no sentido de um aumento da auto-eficácia geral percebida, auto-eficácia na negociação do preservativo, da percepção de risco pessoal (G.ID), da percepção de risco na comunidade (G.ACCENT), uma diminuição da atitude negativa face ao sexo seguro (G.ACCENT), e da atitude do parceiro percebida como negativa (G.ACCENT), um aumento do conhecimento sexual total respostas correctas, conhecimentos sobre a transmissão e prevenção do VIH, diminuição da perda de

recursos (total, social, de tempo, condições domésticas e financeiro), e aumento no comportamento sexual seguro (uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais), verificando-se a manutenção destes ganhos aos seis meses, o mesmo não se observando no grupo de controlo. Neste sentido, verifica-se que a intervenção em grupo e a intervenção individual de prevenção do VIH são mais eficazes do que a ausência de intervenção. A intervenção ACCENT aparece como mais eficaz do que a Intervenção Didáctica e o Controlo na diminuição das barreiras face ao sexo seguro e no aumento do uso do preservativo, especialmente no seguimento aos seis meses. Estes dados são ainda mais significativos se considerarmos que no pré-teste, os grupos sujeitos à intervenção apresentavam maior *stress* a vários níveis do que o grupo de controlo.

Variáveis de Bem-Estar

Ambos os grupos tinham sido eficazes no aumento do bem-estar psicológico das participantes logo após a intervenção, mas este efeito não se manteve a longo prazo. Este ganho poderá atribuir-se ao facto de as sessões de intervenção terem proporcionado a partilha de experiências entre estas mulheres. Uma vez que estes grupos evidenciavam *stress* elevado, à partida esta experiência poderá ter tido algum papel no aumento do seu bem-estar. O contacto relacional associado às intervenções, individual na intervenção Didáctica e de grupo na intervenção ACCENT, parece ter potenciado este efeito uma vez que este diminui após o cessar das intervenções. No entanto, não se pode dizer que este desapareça, uma vez que uma análise da percentagem de casos clínicos aos seis meses indica que estes diminuíram em relação ao pós-teste. A melhoria do bem-estar após as intervenções de prevenção do VIH já tinha sido documentada noutros estudos, tal como indicamos na hipótese 1. O facto de ambas as intervenções produzirem algum impacto no bem-estar a longo prazo constitui um achado novo e importante uma vez que o bem-estar psicológico influencia as variáveis motivacionais e cognitivas necessárias à implementação de comportamentos sexuais seguros (El-Bassel et al., 1995; Nyamathi et al., 1994). No estudo de Harris e colaboradores (1998), a intervenção intensiva de prevenção do VIH, que tinha por objectivo reduzir o comportamento sexual de risco, aumentar a auto-estima, diminuir o afecto depressivo e aumentar as actividades de comunicação, foi eficaz em relação à depressão, verificando-se que as mulheres que receberam a intervenção experimental relataram menor depressão logo a seguir às sessões de tratamento (dois meses) e mantiveram estes níveis ao longo do estudo. Por

exemplo, neste estudo, os ganhos na diminuição da depressão correlacionam-se com a diminuição da perda de recursos ($r=.31$) e o aumento do suporte social ($r=.25$) no grupo de intervenção didáctica e com o aumento da auto-eficácia no grupo ACCENT ($r=.24$).

Variáveis Sociais e Cognitivas

Em termos da *auto-eficácia geral*, ambas as intervenções tiveram sucesso a este nível logo após as intervenções e estes ganhos mantiveram-se a longo prazo. Dada a importância que a auto-eficácia possui enquanto preditora das intenções e comportamentos, segundo os modelos mais conhecidos de mudança de comportamento (e.g., TSC, TCP), este é um ganho muito significativo das intervenções. De facto, a componente de auto-eficácia, tem sido identificada na literatura como um forte preditor do uso de preservativo e da intenção de uso do preservativo nas mulheres (e.g., Baele, Dusseldorf & Mães, 2001; Chewning et al., 2001). Na discussão da hipótese 1 relacionamos este ganho com o elemento comum às duas intervenções, isto é a aquisição de conhecimentos e a experiência de diálogo proporcionada por ambas as intervenções. A médio e a longo prazo este efeito poderá ter sido mantido pela interacção existente entre o comportamento e a auto-eficácia (Bandura, 1994), isto é, o facto das mulheres evidenciarem mais comportamentos preventivos poderá ter aumentado a percepção de que conseguiriam atingir os alvos que se propunham. Neste estudo, no grupo ID não se verifica uma correlação significativa entre os ganhos na auto-eficácia e as variáveis de comportamento. No entanto, no grupo ACCENT, o aumento da auto-eficácia a longo prazo correlaciona-se com os ganhos na percepção de risco na comunidade ($r=.26$), com a diminuição de barreiras ($r=.25$ a $.42$), com o aumento do conhecimento preventivo ($r=.33$), com o aumento do suporte social ($r=.32$) e com o aumento na intenção e compra do preservativo ($r=.31$). Assim, no grupo ACCENT os ganhos na auto-eficácia associam-se a um conjunto de mudanças em variáveis psicossociais implicadas nas mudanças comportamentais. Por exemplo, no estudo do NIMH (2001), baseado nos princípios de mudança da teoria sócio-cognitiva, também se verificaram aumentos na auto-eficácia a longo prazo (seguimento de três meses), que se encontravam relacionados com o aumento do comportamento sexual seguro. No entanto, o aumento da auto-eficácia pode não ser suficiente para explicar a mudança comportamental, sendo necessário expandir as componentes da intervenção de modo a incluir variáveis mais contextuais como as normas culturais, ou outras

componentes sociais, para predizer o comportamento preventivo face ao VIH (Wilson et al., 1991; Wingood & DiClemente, 2002). A reflexão efectuada para a compreensão destes resultados indica que outros factores, como a percepção de risco, e outras variáveis cognitivas específicas à SIDA (e.g., atitudes face aos preservativos e outras barreiras, as intenções de mudança comportamental) podem constituir-se como preditores da mudança de comportamento. No G.ACCENT, os ganhos a nível da auto-eficácia geral encontram-se correlacionados com os ganhos nos conhecimentos, em especial no conhecimentos relativos à prevenção do VIH ($r=.328$, $p=.009$), e com os ganhos obtidos a nível da barreira atitude negativa face ao sexo seguro ($r=.250$, $p=.050$). Veremos que estas variáveis também sofreram impacto das intervenções, embora de forma mais diferenciada.

Quando se compara apenas os dois tipos de intervenção (ACCENT e Didáctica) verifica-se que elas são igualmente eficazes a longo prazo no aumento da auto-eficácia na negociação do preservativo. Isto poderá indicar que o facto de fornecer informação verbal e escrita sobre o que é o VIH, os meios de transmissão, como fazer o teste ao VIH e questionamento dos mitos sobre o VIH/SIDA, poderá dar às mulheres maior confiança na sua capacidade de negociar a utilização do preservativo com os seus parceiros (correlação conhecimento sexual total respostas correctas/auto-eficácia: $r=.300$, $p=.015$, G.ID; $r=.242$, $p=.059$, G.ACCENT). Esta aquisição parece ser bastante sólida, mantendo-se ou mesmo aumentando com o tempo. Os estudos de Hobfoll e col. (1994), Mackenzie e col. (1999), entre outros estudos, também verificaram um aumento da auto-eficácia na negociação do preservativo a longo prazo.

Em relação à *percepção de risco*, nas mulheres submetidas à intervenção didáctica manteve-se o aumento na *percepção de risco pessoal* face ao VIH no seguimento de seis meses. Estes resultados indicam que a intervenção que proporciona informação sobre a transmissão e prevenção do VIH foi eficaz a longo prazo ao aumentar a percepção de risco pessoal. Nas mulheres do grupo ACCENT manteve-se o aumento da *percepção de risco na comunidade* face ao VIH. Assim, parece que mais uma vez a aquisição de conhecimentos sobre o VIH poderá ter tido impacto em manter a percepção de risco pessoal, pois verificámos correlações significativas entre as variáveis de conhecimento sexual e a percepção de risco (correlações variam entre .27 e .29). Este ganho poderá explicar em parte o aumento da utilização do preservativo que se verificou no grupo ID, pois verifica-se uma correlação significativa entre o aumento

da percepção de risco pessoal e o aumento da intenção e compra do preservativo ($r=.29$). No grupo ACCENT, esta variável não parece estar associada às mudanças de comportamento, correlacionando-se apenas com a diminuição da atitude negativa face ao sexo seguro ($r=.24$, $p=.061$).

Tal como no pós-teste, verificaram-se ganhos em termos das barreiras percebidas face à utilização do preservativo no grupo ACCENT, um aspecto importante para a mudança de comportamentos como indicado pelo Modelo de Crenças de Saúde. De facto, de acordo com o MCS, os custos (barreiras ou possíveis consequências negativas de usar preservativo) envolvem qualquer potencial aspecto negativo de uma acção de saúde e podem impedir o comportamento preventivo (Rosenstock et al., 1994). Este ganho, já observado no pós-teste, verificou-se em termos das barreiras *atitude negativa face ao sexo seguro* e *atitude do parceiro percebida como negativa*, e manteve-se no seguimento de seis meses. Como já se referiu na discussão da hipótese 1, o impacto da intervenção ACCENT a este nível poderá estar associado ao treino de competências que permite à mulher sentir-se mais capaz de ultrapassar barreiras na implementação de comportamentos sexuais preventivos. Outros estudos mostram efeitos a longo prazo nas barreiras face ao sexo seguro (e.g., Lawrence et al., 2001). Por exemplo, Schilling e col. (1991, 1992) verificaram que as mulheres submetidas à intervenção em grupo cognitivo-comportamental de cinco sessões desenvolveram atitudes mais positivas face ao uso do preservativo comparativamente às mulheres do grupo de controlo, submetidas a uma sessão informativa. No presente estudo, verificou-se uma correlação significativa entre a diminuição de barreiras e os ganhos na intenção e compra do preservativo aos seis meses (*atitude negativa face ao sexo seguro*: $r=-.293$, $p=.021$; *atitude do parceiro percebida como negativa*: $r=.326$, $p=.010$). Estes resultados indicam que os ganhos nos custos percebidos da prevenção do VIH (barreiras) encontram-se associados com os ganhos no comportamento preventivo para o VIH, o que vai de encontro à revisão da literatura do MCS (Yep, 1993; Janz & Becker, 1984; Rosenstock et al., 1994; Wilson & Lavelle, 1990).

Ambas as intervenções são bastante eficazes no aumento do conhecimento sexual, especialmente no que diz respeito aos meios de transmissão do VIH. Embora a literatura indique que não basta a aquisição de conhecimentos para a mudança de comportamentos, muitas vezes designando-se este fenómeno de “*intention behaviour gap*”, a existência de conhecimentos sobre a transmissão e prevenção do VIH constitui

um requisito importante para a intenção da mulher se envolver em comportamentos sexuais seguros. De facto, os conhecimentos sobre o VIH são importantes num programa de prevenção e essenciais no processo de mudança comportamental mas não são suficientes para a adopção de comportamentos sexuais seguros (Nyamathi et al., 1993; St. Lawrence et al., 1998), tal como preconizado pelo MIMCC (Fisher & Fisher, 2002). Assim, em termos da aquisição do conhecimento sexual, parece que uma intervenção breve de carácter didáctico é suficiente para produzir efeitos duradouros. No entanto, no grupo de intervenção didáctica, não existe uma associação directa entre esta aquisição de conhecimentos e as variáveis comportamentais. Em contraste, no grupo ACCENT, parece haver uma associação consistente entre os ganhos no conhecimento sexual e o aumento na intenção e compra do preservativo (correlações variam entre .22 e .34), sendo o conhecimento preventivo mais relevante. Estes dados sugerem que a informação trabalhada no contexto de grupo e aplicada no treino de competências tem maior probabilidade de se traduzir na mudança da intenção e de comportamentos sexuais preparatórios e uso do preservativo.

Em termos da *perda de recursos* (COR-E), confirmaram-se os ganhos observados no pré-teste, verificando-se uma diminuição da perda de recursos aos seis meses em ambos os grupos, quer globalmente, quer em termos das diferentes fontes de *stress* (e.g., *stress* social). No grupo de intervenção didáctica, este ganho correlaciona-se com a aquisição de conhecimentos (correlações variam entre .36 e .48).

Variáveis de Comportamento

Em termos de *comportamento sexual* (uso do preservativo nos últimos 4 actos sexuais), a eficácia dos dois tipos de intervenção apresenta diferenças significativas. Assim, no grupo da intervenção Didáctica, não existe um impacto da intervenção no uso do preservativo logo após a mesma, embora se verifique um aumento do uso deste aos seis meses. No grupo submetido à intervenção ACCENT, o aumento do uso do preservativo torna-se evidente logo após a intervenção potenciando-se com o tempo e atingindo valores mais elevados aos seis meses do que no grupo de intervenção Didáctica. Mais uma vez parece que o grupo ACCENT, que inclui uma componente forte de treino de competências ao nível da negociação e da assertividade com o parceiro, é mais eficaz do que a intervenção Didáctica na mudança de comportamentos sexuais preventivos. Estes dados relativos ao uso do preservativo nos últimos quatro

actos sexuais são importantes, dado que o comportamento sexual passado é um forte determinante do comportamento futuro, pelo que o sucesso prévio no uso do preservativo pode influenciar, e neste estudo poderá influenciar, a prática futura do uso do preservativo, perspectivando-se a continuação destes ganhos (Bryan et al., 2002).

Em conclusão, quer a intervenção Didáctica, quer a intervenção ACCENT se mostraram intervenções eficazes na mudança de preditores importantes do comportamento sexual e no aumento do conhecimento sexual. No entanto, os dois tipos de intervenção parecem evidenciar algumas diferenças em termos dos alvos da intervenção. A intervenção ACCENT parece apresentar vantagens a longo prazo em termos da diminuição da percepção das barreiras face ao sexo seguro e do aumento do uso do preservativo. Assim, ambas as intervenções se constituem como promissoras na prevenção do VIH em mulheres de risco, dependendo a escolha de uma ou outra dos objectivos que se pretendem maximizar.

Iremos agora comentar como os resultados a longo prazo das intervenções testadas se situam em relação a outros estudos de eficácia de intervenções preventivas do VIH.

Como foi salientado ao longo deste trabalho, as intervenções aqui estudadas, constituem uma adaptação do programa ACCENT de Hobfoll e col. (2002). Assim, faz todo o sentido comparar os nossos resultados com os dados obtidos por esta equipa. As intervenções de Hobfoll e colaboradores também tiveram como foco a informação, o treino de competências comportamentais e suporte social (reforço, *role play*, ensaio cognitivo) (Hobfoll et al., 1994). Os resultados do estudo de Hobfoll e col. (1994) vão de encontro aos do nosso estudo: o grupo de prevenção da SIDA (4 sessões com foco nos conhecimentos e competências específicas à prevenção da SIDA, encorajando o sentimento de auto-eficácia, expectativas de sucesso, competências de negociação e de assertividade, etc.) obteve mais ganhos no conhecimento e nos comportamentos sexuais seguros do que o grupo educativo (promoção da saúde em geral) e o grupo sem intervenção, verificando-se também uma manutenção dos ganhos no seguimento de seis meses. No entanto, não nos podemos esquecer que o programa americano teve como alvo mulheres grávidas, podendo estas estar mais motivadas para se comportarem de modo saudável. Estes resultados vão de encontro a uma réplica do estudo anterior por Mackenzie e col. (1999), com mulheres que não se encontravam grávidas, tendo-se verificado a eficácia do programa na mudança do comportamento sexual seguro (uso do

preservativo). Resultados adicionais positivos foram obtidos ao nível do conhecimento e auto-eficácia. Adicionalmente, o desenho de múltiplos grupos no estudo de Mackenzie e col. (1999) permitiu afunilar os ingredientes importantes da intervenção, pelo que as competências gerais de assertividade, negociação, capacidade de planear e aquelas relacionadas com a informação sobre a SIDA e redução do risco face à SIDA, foram consideradas essenciais para que haja uma mudança comportamental significativa. A eficácia do ACCENT (*Accelerating Capacity for Conflict Exposure Negotiation Training*) foi verificada num teste piloto (Hobfoll et al., 2002), onde também se observaram mudanças no sexo seguro do pré ao pós-teste. A intervenção ACCENT (intervenção que inclui múltiplas sessões em grupo com ênfase na promoção de competências e da auto-eficácia no uso do preservativo) é uma modalidade que, pelas suas características, parece possuir “maior poder para permitir a mudança comportamental” (O’Leary & Wingood, 2000, p.188).

Em conclusão, em comparação com os programas revistos de cariz semelhante ao nosso, parece que os resultados obtidos foram comparáveis em termos das variáveis sociais e cognitivas, e do comportamento sexual.

Outra questão a discutir é até que ponto as intervenções tiveram impacto em variáveis consideradas preditoras das mudanças de comportamento pelos modelos teóricos de base do programa, nomeadamente a Teoria Sócio-Cognitiva, o Modelo de Crenças da Saúde, a Teoria do Comportamento Planeado e o Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais. Programas como o LIGHT (*Living in Good Health Together*) do NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group (2001), também se basearam nos princípios de mudança da teoria sócio-cognitiva e foram eficazes na mudança comportamental para o sexo seguro (e.g., uso do preservativo, aumento conhecimento, das competências e auto-eficácia para realizar comportamentos sexuais seguros) relativamente a uma condição de controlo. Já vimos que no pós-teste, muitas das variáveis preditoras preconizadas nestas teorias apresentam mudanças no sentido desejado.

Embora não se tenha constituído como objectivo do nosso estudo a determinação dos mediadores dos resultados obtidos, as correlações encontradas entre as variáveis sociais cognitivas e as variáveis comportamentais vão de encontro às teorias supracitadas (e.g., TSC, MCS). Assim, verifica-se que, quer a curto prazo, quer a longo

prazo, os ganhos na auto-eficácia se correlacionam com os ganhos na actividade actual (intenção e compra de preservativos) ($r_1=.49$, $r_2=.39$).

Outras variáveis em que as nossas intervenções tiveram impacto a curto e longo prazo foi no aumento da percepção de risco e na diminuição das barreiras, o que vai de encontro ao MCS e à TSC. No presente estudo, as correlações aos seis meses entre os ganhos na actividade actual (intenção e compra de preservativos) e o aumento na percepção de risco pessoal, no G.ID, indicam que quanto maior a percepção de risco pessoal maior a intenção e compra do preservativo ($r=.285$, $p=.021$). No G.ACCENT, as correlações entre a diminuição nas barreiras face ao sexo seguro e os ganhos na actividade actual (intenção e compra de preservativos) indicam que quanto menores as barreiras face ao sexo seguro maior a intenção e compra do preservativo (correlações variam entre .30 e .33).

A educação sobre a transmissão e prevenção do VIH constitui uma componente importante das duas intervenções, tendo-se fornecido informação oral e escrita para aumentar o conhecimento sexual. A informação é também considerada um preditor importante das mudanças de comportamento pelo modelo de Fisher e Fisher (2002). No nosso estudo, o aumento do conhecimento sexual teve um papel importante, embora não suficiente ou directo, na mudança de comportamento. Assim, no grupo de intervenção didáctica, o aumento de conhecimento sexual correlaciona-se positivamente com o aumento da auto-eficácia na negociação do preservativo, uma variável sócio-cognitiva importante para o uso do preservativo. No grupo ACCENT, o aumento do conhecimento sexual teve um papel mais alargado, correlacionando-se com o aumento da auto-eficácia geral e as variáveis de comportamento.

Apesar dos dois tipos de intervenção terem tido sucesso em mudar variáveis psicossociais consideradas preditoras do comportamento, as relações postuladas nas teorias por nós referidas parecem ser mais consistentes na intervenção ACCENT.

Sabendo-se da importância do suporte social e das variáveis contextuais na prevenção do VIH nas mulheres heterossexuais (Amaro, 1995; Bosompra, 2001; Logan et al., 2002; Wilson et al., 1991; Wingood & DiClemente, 2002), uma hipótese a avançar será se o modo de implementação da intervenção, em contexto de grupo ou individual, teve impacto nos resultados obtidos. Como o comportamento sexual é um comportamento diádico, que implica competências de comunicação e interpessoais, o contexto de grupo pode ser benéfico (Hobfoll et al., 1994). Embora a modalidade de intervenção em grupo não pareça ter trazido vantagens em termos de aquisição de

conhecimentos e de auto-eficácia, os resultados apontam para claros benefícios ao nível da percepção de risco comunitário, barreiras face ao sexo seguro e uso do preservativo. Ora, a percepção de risco e de barreiras está fortemente associada às normas de género e culturais. Além disso, o facto de o treino de competências se revelar como vantajoso para a mudança de construtos sociais e cognitivos e de comportamento, vai de encontro aos pressupostos de Hobfoll quando desenhou a intervenção ACCENT e também confirma a Teoria de Fisher e Fisher (MIMCC; 1992, 2000, 2002), em que as componentes motivacional e de competências são consideradas essenciais à mudança de comportamentos, para além da aquisição de conhecimentos.

Várias teorias falam na relevância das normas sociais, culturais e influências familiares (e.g., TSC, TAR, TCP). Esta pode ser uma variável importante para alcançar a mudança do comportamento na população feminina e pode ser um dos ingredientes da intervenção. Quando falamos em normas sociais e culturais, falámos em estruturas, e como se sabe as mudanças estruturais são mudanças complexas e morosas, como é o caso das normas de género (Wingood & DiClemente, 2002). Intervir a este nível seria possível considerando as teorias emergentes, que abordam a mudança através de abordagens contextuais mais vastas, referindo-se a sistemas em vez de indivíduos e mudanças relacionais (Kegler et al., 2002). Também seria pertinente incluir a avaliação destas normas e influências em investigações futuras, quer sejam sociais, culturais ou familiares.

Algumas variáveis desenvolvimentais e do bem-estar podem, também estar associadas à mudança do comportamento, não como preditores proximais mas como mediadores dos resultados obtidos. Por exemplo, o potencial impacto da intervenção ao nível da auto-estima, bem como variáveis relativas ao estado emocional, como a depressão, podem incluir-se aqui uma vez que algumas investigações já realizadas encontraram um impacto destas variáveis a nível do comportamento sexual (DiClemente et al., 2001; Moore et al., 2003; Ramrakha et al., 2000; Somlai et al., 2002).

Outras variáveis, associadas a competências específicas tais como a assertividade, competências sociais e de negociação do uso do preservativo, podem ser predictoras do comportamento passíveis de ser testadas no futuro. Por exemplo, Fisher e Fisher (1992, 2000, 2002), no Modelo de Informação Motivação e Competências Comportamentais, modelo social e psicológico dos determinantes de mudança do comportamento de risco para a SIDA, apresentam como uma das variáveis primordiais a

aquisição de competências, para além da informação e da motivação. No futuro seria importante avaliar a aquisição das competências sociais e de negociação treinadas nos programas considerando medidas para além do uso do preservativo (e.g., registos audiovisuais e grelhas de classificação comportamental).

Em resumo, as intervenções aqui propostas tiveram um claro benefício na mudança global dos comportamentos sexuais e das variáveis psicossociais em estudo, mantendo-se estes benefícios no tempo. Conseguiram-se, assim, mudanças em comportamentos, conhecimentos e variáveis psicossociais importantes, tais como a auto-eficácia e a percepção de barreiras face ao sexo seguro. Trata-se, por isso, de um programa promissor em termos de produção de mudanças comportamentais, de conhecimento e psicossociais duradouras, o que é difícil de conseguir na população feminina em risco.

6.3 Discussão dos Resultados das Análises Exploratórias

6.3.1 Efeitos a Curto Prazo

As análises exploratórias evidenciam que a eficácia das intervenções a curto prazo foi influenciada por variáveis sócio-demográficas como a idade, a escolaridade e o envolvimento religioso. A curto prazo (pré-teste, pós-teste), verifica-se que os principais moderadores das intervenções foram a idade e a educação, sendo que a religião teve um papel limitado.

Globalmente, a influência da idade faz-se sentir mais no grupo ACCENT e nas variáveis sócio-cognitivas, sendo as mulheres mais novas as que beneficiam mais das intervenções. A influência da educação está mais patente na intervenção didáctica e preferencialmente nas variáveis sócio-cognitivas, favorecendo mais a intervenção didáctica as mulheres com ensino não superior, dado que estas possuem menos informação e conhecimento. De facto, verifica-se que a idade influencia mais a aquisição de competências no grupo ACCENT, enquanto que a escolaridade influencia mais os conhecimentos no grupo didáctico. O papel da religião limita-se à perda de recursos no grupo ACCENT, sendo mais favorecidas as mulheres católicas não praticantes. Uma possível explicação prende-se com o facto de estas possuírem menos recursos por não estarem inseridas numa comunidade religiosa.

A idade é um factor moderador importante em termos do impacto da intervenção na auto-eficácia geral, na auto-eficácia na negociação do preservativo e na percepção de risco comunitário. As mulheres mais novas obtiveram mais benefícios ao nível da auto-eficácia e na percepção de risco comunitário na intervenção ACCENT e da auto-eficácia na negociação do preservativo na intervenção Didáctica. É de esperar que as mulheres mais novas beneficiem mais das intervenções em termos destas variáveis sócio-cognitivas, uma vez que estas possuem menor experiência de vida em termos do relacionamento sexual, tendo menos prática de negociação sexual, por isso menos confiança na sua capacidade de controlo sobre os comportamentos preventivos. De facto, verifica-se que no grupo ACCENT as mulheres mais velhas são as que no pré-teste apresentam os níveis mais elevados de auto-eficácia. O facto de ambas as intervenções estarem a beneficiar as mulheres mais novas em termos de auto-eficácia geral e específica é importante. A este propósito, a revisão da literatura indica que ser mulher jovem é um factor de risco sócio-económico para o VIH (Wingood & DiClemente, 2002), com as adolescentes a possuírem taxas mais elevadas de DSTs e comportamentos de risco face ao VIH (Bensley et al., 2000), e a relatarem menor uso do preservativo (Sikkema et al., 1996). Também se sabe que as mulheres mais novas muitas vezes têm menos poder para negociar o uso do preservativo e podem possuir menor controlo na relação sexual, aumentando o seu risco face ao VIH. Assim, compreende-se que as mulheres mais novas submetidas à intervenção ACCENT tenham beneficiado mais da intervenção ao nível da auto-eficácia geral, dado que esta proporcionou-lhes maior controlo na relação sexual, aumentando o seu sentimento de auto-eficácia e diminuindo o seu risco face ao VIH. Este resultado vai de encontro ao esperado, dado que a intervenção ACCENT foca-se no aumento das competências através do seu ensino e treino, sendo que as mulheres mais jovens (com idade igual ou inferior a 18 anos) possuem maior risco de infecção pelo VIH e menor auto-eficácia geral na relação sexual (Wingood & DiClemente, 2002). O mesmo acontece com as mulheres mais novas submetidas à intervenção Didáctica, que beneficiam mais ao nível da auto-eficácia na negociação do preservativo. Embora a intervenção Didáctica não possua uma componente específica de treino de competências na negociação do preservativo, pelo facto de se tratar de uma intervenção informativa/educativa, as mulheres mais jovens parecem adquirir poder através dos conhecimentos adquiridos sobre a transmissão e prevenção do VIH na população feminina, tal como a indicação de um conjunto de recursos na comunidade relacionados com o VIH. De facto, as

mulheres mais novas ao obterem informação oral e escrita, adquiriram mais poder e controlo na relação sexual, aumentando a sua auto-eficácia na negociação do preservativo. Em relação à percepção de risco comunitário, o benefício maior da intervenção ACCENT para as mulheres mais novas é também esperado na medida em que estas possuem menos conhecimentos sobre a transmissão e prevenção do VIH, tendendo a enviesar positiva ou negativamente a sua percepção de risco. Em conclusão, o facto de ambas as intervenções beneficiarem mais as mulheres mais novas é uma mais valia, uma vez que esta faixa etária pertence ao grupo que se encontra em maior risco de infecção pelo VIH, necessitando de programas eficazes e atentos às suas necessidades específicas.

Os efeitos moderadores da educação observam-se apenas na intervenção didáctica. Este facto poderá relacionar-se com o carácter da intervenção que tem cariz essencialmente educativo, dependendo mais do nível educacional das participantes. O treino de competências, que caracteriza mais a intervenção ACCENT, não parece depender do nível educacional, podendo mesmo concluir-se que poderá ter um efeito nivelador em termos do nível educacional de base, do qual depende mais a componente educativa. Assim, o nível educativo influencia os ganhos relativos à auto-eficácia na negociação do preservativo, à percepção de risco pessoal, à atitude negativa face ao sexo seguro e ao *stress* doméstico, com mais benefícios para as mulheres com nível educacional mais baixo. O nível de literacia das jovens (mais de 50% frequentam o ensino superior) parece ser um moderador da intervenção didáctica no âmbito da percepção de risco pessoal e diminuição da barreira atitude negativa face ao sexo seguro. Relativamente à escolaridade, na revisão da literatura focámos que possuir menos do que uma escolaridade secundária constitui um factor de risco ou de exposição para a aquisição do VIH nas mulheres, por esta se encontrar associada a uma menor probabilidade de usar preservativos (Anderson et al., 1996). Era de esperar que as mulheres do ensino não superior tivessem maior dificuldade na compreensão dos materiais impressos, mas como houve uma leitura desses materiais por parte da técnica de saúde, o que facilitou o aumento da percepção de risco pessoal e a diminuição da atitude negativa face ao sexo seguro pela aquisição de informação oral sobre o VIH. De notar que a literatura estabelece uma relação entre o possuir menor escolaridade e o possuir baixo estatuto económico e baixo poder (de Bruyn, 1992).

Encontram-se efeitos moderadores da religião nas mudanças observadas na perda de recursos total e nas condições domésticas no G.ACCENT, mais concretamente

nas mulheres católicas não praticantes. A perda de recursos é um *stressor* crítico e que aqueles que conseguem manter os recursos durante períodos de *stress* têm resultados psicológicos e funcionais mais favoráveis (Ennis et al., 2000; Hobfoll & Lilly, 1993). Assim, parece que o facto de ser católica não praticante constitui um factor protector. Embora a adesão a valores religiosos conservadores contribua para aumentar o risco para o VIH (O’Leary & Wingood, 2000), o facto das mulheres serem católicas não praticantes pode constituir-se como um factor de protecção, possuindo mais recursos pessoais (adesão a valores religiosos menos conservadores) que lhes permitem lidar melhor com a perda de recursos ou diminuir a mesma.

Relativamente à educação e envolvimento religioso, verifica-se que as mulheres católicas praticantes do ensino superior beneficiam mais das intervenções relativamente à diminuição da depressão. Na revisão da literatura, relativa aos factores sócio-culturais, verificamos que as normas culturais e de género conservadoras e as crenças tradicionais, preconizadas pela adesão a valores religiosos conservadores, constituem factores de exposição social que colocam a mulher em risco no âmbito da saúde sexual (Logan et al., 2002). No mesmo sentido dos estudos relativos às populações afro-americanas e hispânicas, as mulheres católicas praticantes possuem atitudes tradicionais e conservadoras face aos papéis de género (Choi et al., 1994). Contudo, em ambas as intervenções (ACCENT e ID) as mulheres católicas praticantes beneficiam mais ao nível da depressão. Talvez este resultado esteja relacionado com o facto do envolvimento religioso proporcionar suporte social, que, por si só, possui um efeito amortecedor face ao *stress* (Cutrona & Russel, 1987) e consequentemente face à reactividade ao mesmo (e.g., sintomatologia depressiva). Contudo, os dados relativos aos factores correlacionados com o uso do preservativo consideram a adesão a valores religiosos conservadores por parte das mulheres como contribuindo para aumentar o risco face ao VIH (O’Leary & Wingood, 2000), uma vez que o uso do preservativo é contra a política oficial da igreja católica romana (Choi et al., 1994). Sendo a depressão também um factor de risco para a aquisição do VIH (DiClemente et al., 2001a), a sua diminuição nas mulheres católicas praticantes acaba por ser um factor protector. O facto de se tratar de mulheres católicas com ensino superior permite verificar que estas possuem mais do que a escolaridade secundária, o que também constitui um factor protector, uma vez que a literatura considera que possuir menos do que a escolaridade secundária constitui um factor de risco ou de exposição para a aquisição do VIH (Anderson et al., 1996). A elevada escolaridade, enquanto factor sócio-demográfico que

influencia a eficácia das intervenções é clara pelo facto de permitir a compreensão face aos materiais impressos de prevenção do VIH, tal como o acesso a programas de prevenção, proporcionando mais recursos para lidar com o *stress* e consequentemente beneficiando mais as mulheres ao nível da sintomatologia depressiva. De facto, as intervenções aqui propostas foram mais benéficas ao nível da depressão para as mulheres católicas praticantes do ensino superior. No entanto, como seria de esperar as mulheres com menor escolaridade não beneficiaram a nível da depressão com as intervenções a curto prazo.

Em relação às variáveis de bem estar (sintomas somáticos), sociais e cognitivas (atitude do parceiro percebida como negativa, baixa auto-eficácia percebida na comunicação, conhecimentos, perda de recursos sociais, de tempo e financeiros) e de comportamento (uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais) que não foram moderadas pela idade, escolaridade e/ou religião, verifica-se que, apesar da sua significância na hipótese 1, as mudanças observadas são independentes da idade, escolaridade e/ou envolvimento religioso.

Em suma, a curto prazo, o padrão de resultados indica que as mulheres mais novas, do ensino não superior, católicas não praticantes parecem beneficiar mais das intervenções. Estes resultados vão de encontro aos modelos conceptuais de prevenção do VIH que assentem a influência das variáveis sócio-demográficas na eficácia das intervenções. Por exemplo, o Modelo de Crenças da Saúde (MCS) assume que uma vasta gama de variáveis demográficas (como a idade), sociológicas (e.g., escolaridade), entre outras, podem afectar as percepções do indivíduo (e.g., susceptibilidade, barreiras, auto-eficácia), e, deste modo, afectar o comportamento preventivo de forma indirecta (Rosenstock et al., 1994).

6.3.2 Efeitos a Longo Prazo

Também se verificaram influências da idade, da educação, e da religião na eficácia das intervenções a longo prazo (pré-teste - seguimento de seis meses). Verifica-se que a idade, a educação e o envolvimento religioso tiveram impacto a longo prazo nas mudanças na auto-eficácia geral em ambos os grupos de intervenção. Observa-se um padrão diferente no aumento da auto-eficácia geral segundo a idade na medida em que nas mulheres mais novas se observa um ganho na auto-eficácia logo no pós-teste que se mantém aos seis meses, enquanto nas mais velhas esse ganho é mais gradual embora atinja maior magnitude aos seis meses. Em termos da educação e envolvimento

religioso, verifica-se que as mulheres do ensino não superior e católicas praticantes beneficiam mais da intervenção. Estes dados são importantes pois trata-se de uma população alvo difícil de atingir, se considerarmos que a escolaridade é menor, pelo que a informação preventiva a que se tem acesso pode ser, tal como existem, ou podem existir, valores religiosos conservadores, que muitas vezes vão contra o uso do preservativo ou de qualquer método de prevenção de DSTs e mesmo de contracepção (e.g., Al-Gallaf et al., 1995).

As variáveis sócio-demográficas relativas à idade e à educação também possuem impacto nas mudanças observadas na auto-eficácia na negociação do preservativo no grupo de intervenção Didáctica, sendo que as mulheres mais novas do ensino não superior continuam a beneficiar mais da intervenção a longo prazo. Como já referido, estes dados vão de encontro à literatura uma vez que as mulheres mais velhas, quando comparadas com as mulheres mais novas, já têm maior poder para negociar o uso do preservativo e podem possuir maior controlo na relação sexual. Assim, é compreensível que as mulheres mais novas estejam a beneficiar mais da intervenção didáctica, pois a mudança é mais provável. Adicionalmente, estas mulheres também possuem menos do que uma escolaridade secundária, o que constitui à partida um factor de risco para a aquisição do VIH (Wingood & DiClemente, 2002), dada a associação entre a baixa escolaridade e a menor probabilidade de usar preservativos (Anderson et al., 1996).

Existem também efeitos moderadores da educação nas mudanças observadas na percepção de risco pessoal na intervenção Didáctica, sendo que as mulheres do ensino não superior continuam a beneficiar mais da intervenção a longo prazo. O nível de literacia das jovens parece ser um moderador da intervenção didáctica no âmbito da percepção de risco pessoal. Relativamente à escolaridade, na revisão da literatura focamos que possuir menos do que uma escolaridade secundária constitui um factor de risco ou de exposição para a aquisição do VIH nas mulheres, por esta se encontrar associada a uma menor probabilidade de usar preservativos (Anderson et al., 1996). Era de esperar que as mulheres do ensino não superior tivessem maior dificuldade na compreensão dos materiais impressos, mas como houve uma leitura desses materiais por parte da técnica de saúde, o que facilitou o aumento da percepção de risco pessoal pela aquisição de informação oral ($r=.041$).

Tal como nos resultados obtidos a curto prazo, também a longo prazo a religião possui um papel limitado, embora modere os efeitos da intervenção nos conhecimentos sobre a transmissão do VIH. No grupo ACCENT, as mulheres católicas não praticantes

beneficiam mais da intervenção a longo prazo, enquanto no grupo ID os benefícios não variam com o envolvimento religioso. Como já referido, a adesão a valores religiosos conservadores também contribui para aumentar o risco para o VIH, sendo que a igreja católica constitui uma importante fonte de influência (Choi, Catania, & Dolcini, 1994). O facto das mulheres católicas não praticantes estarem a beneficiar mais da intervenção ACCENT, que é mais complexa, pode ser compreendido devido a enfrentarem um menor conjunto de obstáculos face à educação relativa à prevenção do VIH (e.g., o uso do preservativo é contra a política oficial da igreja católica romana). No grupo ID, apenas é proporcionada informação, sem o treino de competências de negociação do preservativo e o visionamento de videocassetes, o que permite um menor confronto com questões de valor.

Tal como nos ganhos a curto prazo, verifica-se que o impacto da intervenção ACCENT ao nível da percepção de risco na comunidade e diminuição das barreiras face ao sexo seguro é independente da idade, educação e envolvimento religioso das participantes.

Verificam-se novamente efeitos moderadores da religião nas mudanças observadas na perda de recursos total, nas condições domésticas e adicionalmente na perda de recursos financeiros, no grupo ACCENT, onde as mulheres católicas não praticantes beneficiam mais da intervenção a longo prazo. Como já mencionado, a perda de recursos é um *stressor* crítico e que aqueles que conseguem manter os recursos durante períodos de *stress* têm resultados psicológicos e funcionais mais favoráveis (Ennis et al., 2000; Hobfoll & Lilly, 1993). Assim, parece que o facto de ser católica não praticante constitui um factor protector. A adesão a valores religiosos conservadores contribui para aumentar o risco para o VIH (O’Leary & Wingood, 2000), mas o facto das mulheres serem católicas não praticantes pode constituir-se como um factor de protecção, possuindo mais recursos pessoais (adesão a valores religiosos menos conservadores) que lhes permitem lidar melhor com a perda de recursos ou diminuir a mesma.

Em relação às variáveis sociais e cognitivas, percepção de risco na comunidade (intervenção ACCENT), atitude negativa face ao sexo seguro (intervenção ACCENT), atitude do parceiro percebida como negativa (intervenção ACCENT), conhecimentos total respostas correctas (ambos os grupos), conhecimentos sobre a prevenção do VIH (ambos os grupos), perda de recursos total (Intervenção Didáctica), *stress* social (ambos os grupos), *stress* tempo (ambos os grupos), *stress* condições domésticas (Intervenção

Didáctica), *stress* financeiro (Intervenção Didáctica), e variáveis de comportamento, uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais (ambos os grupos), verifica-se que os ganhos obtidos a longo prazo não foram moderadas pela idade, escolaridade e/ou envolvimento religioso, conhecendo as mudanças observadas independentes da idade, escolaridade e/ou envolvimento religioso. Estes resultados apoiam o uso desta abordagem para mulheres que estão tradicionalmente em desvantagem (Teoria do Género e do Poder, Wingood & DiClemente, 2002).

Em suma, o padrão de resultados indica que as intervenções beneficiam mais a longo prazo as mulheres mais novas, do ensino não superior e católicas não praticantes.

Da análise bibliográfica realizada quanto a programas de intervenção propostos neste âmbito, não se encontraram estudos que tivessem analisado de forma tão detalhada o impacto destas variáveis como moderadoras dos resultados obtidos.

6.4 Limitações do Estudo

De forma a melhor interpretar os resultados deste estudo, é importante considerar algumas limitações metodológicas associadas a este em termos da sua validade interna e externa.

Em primeiro lugar, o facto da amostra não ser aleatória na totalidade, o grupo de controlo não é randómico, é menor do que os outros grupos e a amostra é de estudantes, pode ter enviesado os resultados. De facto, a amostra não é homogénea do ponto de vista laboral, sendo maioritariamente constituída por estudantes. Assim, os grupos experimentais necessitavam mais de intervenção, obtendo maior efeito. O padrão de resultados em algumas variáveis idêntico nos dois grupos experimentais pode advir do viés dos voluntários, ou efeitos de regressão ou maturação (ou seja, as mulheres que estavam motivadas para participar no estudo podem já ter iniciado o processo de mudança comportamental) (Gibson et al., 1999). Assim, existe evidência de que a participação num estudo pode mudar o comportamento, mesmo num grupo de controlo (Kramer and Shapiro, 1984; cit. por Gibson et al., 1999). As entrevistas de pré-teste podem ter tido um impacto similar nos grupos de intervenção. Não é novidade que as entrevistas podem ter impacto no comportamento constituindo uma forma de promoção da saúde conhecida como avaliação do risco para a saúde (*health risk assessment*). Em conclusão, é necessária mais investigação para identificar os “ingredientes activos” que moldam os resultados neste tipo de estudos.

Em segundo lugar, uma limitação metodológica é a confiança nos auto-relatos de mudança de comportamento das mulheres enquanto medidas de resultado, pois podem não ser exactos devido a problemas associados com a memória e com a desejabilidade social (Peterson & DiClemente, 1994). Como referido na revisão da literatura, o sexo é um comportamento privado, sujeito aos vieses do auto-retrato (El-Bassel & Schilling, 1992). Assim, no futuro devem ser consideradas medidas adicionais de resultado como os marcadores biológicos para DSTs obtidos através de exames laboratoriais e indicadores mais objectivos de comportamento preventivo (e.g., compra efectiva de preservativos através de cartões de crédito de preservativos a serem usados nas farmácias; avaliação das competências comportamentais de negociação através de registos áudio) (Hobfoll & Schumm, 2002). Pode apontar-se o facto de algumas medidas apresentarem problemas ao nível da sua consistência interna, em especial algumas medidas utilizadas para avaliar variáveis sociais e cognitivas (e.g., percepção de risco pessoal, comunitário, percepção de risco no parceiro, suporte social).

Um terceiro ponto refere-se à moderada confiança na durabilidade da mudança relatada porque foi usado um período de seguimento de seis meses. Como revisto na parte teórica, as investigações sobre as intervenções comportamentais raramente efectuem períodos de seguimento suficientemente longos para determinar a sustentabilidade dos efeitos do tratamento porque usam períodos de seguimento de três meses ou inferiores (O'Leary, DiClemente & Aral, 1997). Assim, neste âmbito, o presente estudo permite uma confiança moderada na durabilidade da mudança relatada, existindo um seguimento superior à média de três meses. Perante estes obstáculos, é necessário realizar investigações com amostras mais amplas, tal como com períodos de seguimentos mais longos. O desenho de múltiplos grupos de controlo pode ser benéfico, permitindo afunilar os ingredientes importantes da intervenção (Hobfoll et al., 1994).

Nas análises realizadas para os testes das hipóteses da eficácia das intervenções, pode considerar-se uma limitação o facto de o comportamento sexual no pré-teste não ter sido considerado uma covariante. No entanto, o facto de à partida não ter havido diferenças significativas entre os grupos pode justificar as opções tomadas. Dada a importância das variáveis sócio-demográficas na explicação do comportamento de risco e dado o seu impacto na eficácia das intervenções, é importante, no futuro, controlar estes efeitos realizando análises multivariadas de covariância.

Uma outra limitação, mais associada à validade externa do estudo, tem a ver com a capacidade de generalização dos resultados. De facto, este estudo foi realizado na Consulta de Apoio à Sexualidade Juvenil que decorre no Instituto Português da Juventude, Delegação Regional de Braga, circunscrevendo-se à população feminina do norte do país, sendo uma boa parte dos utentes estudantes. Seria importante implementar esta intervenção noutras zonas do país, testando a generalização dos resultados a mulheres noutros contextos. Outro ponto relativo às limitações do estudo refere-se ao facto deste estudo não avaliar a eficácia das intervenções para mulheres com diferentes tipos de parceiros. De facto, a revisão da literatura refere que o uso do preservativo é, no geral, mais provável com os parceiros secundários do que com os parceiros principais (O’Leary, 1999), e este facto pode condicionar os resultados de uma intervenção.

Relativamente ao conteúdo das intervenções, o papel do homem na tomada de decisão sexual não é ignorado. Contudo, no futuro, os homens deveriam ser abordados directamente como um grupo, retirando toda a responsabilidade colocada às mulheres. É também importante, no futuro, atingir os casais e abordar o risco para o VIH no contexto da relação. As intervenções que possuem como alvo ambos os parceiros podem ajudar a aliviar algum do peso colocado nas mulheres em relação à protecção face ao VIH.

Em suma, este foi o primeiro estudo realizado no país que testa, num estudo experimental e longitudinal, dois programas de intervenção de prevenção do VIH na população feminina. Adicionalmente, trata-se de um estudo sem o problema metodológico comum da mortalidade das participantes (O’Leary & Wingood, 2000). Embora este estudo tenha implicado múltiplos contactos com as participantes, não se verificou um desgaste significativo. Este dado é importante uma vez que a mortalidade dos participantes representa uma grande ameaça para a validade interna do estudo, em particular a mortalidade diferencial que ocorre entre as condições de tratamento (O’Leary et al., 1997). Consideramos ainda que o desenho de múltiplos grupos (G.ID, G.ACCENT e G.C.) permitiram afunilar os ingredientes importantes da intervenção.

Podemos concluir que este estudo seguiu, no geral todos os procedimentos sugeridos pela literatura relativa aos procedimentos metodológicos na investigação sobre a prevenção do VIH (O’Leary et al., 1997), nomeadamente especificamos a população, descrevemos o recrutamento e método de amostragem, relatamos as taxas de participação e de mortalidade, descrevemos aspectos de várias teorias que estão a

informar as intervenções (e.g., TSC) e seguimos todos os aspectos necessários de análise da informação (e.g., comparámos as participantes do grupo de controlo e dos grupos de intervenção, descrevemos as medidas de resultado, etc.).

CAPÍTULO VII – CONCLUSÃO INTEGRATIVA E IMPLICAÇÕES FUTURAS

A nível mundial, europeu e nacional, o padrão epidemiológico da SIDA nas mulheres tem vindo a agravar-se. Sabe-se que existe um conjunto de factores de risco que aumentam a susceptibilidade à doença, como é o caso dos factores de risco sócio-económicos (e.g., nível de escolaridade), comportamentais e psicossociais (e.g., problemas de saúde mental), sócio-cognitivos (e.g., auto-eficácia), e sócio-culturais (e.g., normas sociais), como já referido na revisão da literatura (e.g., Wingood & DiClemente, 2002).

A população feminina encontra-se em risco acrescido face ao VIH, facto que tem sido confirmado pelos relatórios epidemiológicos (WHO, 2002). Por esta razão, a prevenção do VIH/SIDA deve constituir uma prioridade, promovendo a adopção de comportamentos sexuais seguros. As intervenções comportamentais têm provado a sua eficácia e utilidade neste domínio (e.g., *The NIMH Multisite HIV Prevention Trial Group*, 1998, 2001).

As intervenções propostas pretendem constituir-se como um esforço ao nível da Prevenção da SIDA na população feminina. Como já referimos, o objectivo da intervenção ACCENT aqui testada foi o de refinar e testar uma abordagem comportamental para aumentar as práticas sexuais seguras entre as mulheres jovens portuguesas de modo a diminuir o risco face ao VIH. Na perspectiva de Fisher e Fisher (2000, 2002), o conhecimento sobre a transmissão e prevenção do VIH, por si só, não é suficiente para que a mudança comportamental em comportamentos complexos, como é o caso do comportamento sexual. Assim, é importante comparar a eficácia relativa de uma abordagem mais elaborada de prevenção do VIH (ACCENT) face a uma abordagem meramente informativa (Didáctica) e a um grupo de Controlo (sem intervenção). Outro dos objectivos do estudo aqui apresentado foi o de adaptar e desenvolver instrumentos de avaliação e manuais de intervenção de prevenção do VIH específicos à população feminina.

Passaremos a descrever algumas conclusões integrativas respeitantes ao estudo realizado em termos do seu contributo para o desenho de intervenções de prevenção do VIH, para as teorias de mudança do comportamento e para a investigação futura neste domínio.

Após a implementação, análise e discussão dos resultados obtidos nas intervenções aqui testadas, pode concluir-se que estas intervenções, uma de formato individual breve e outra de formato em grupo mais intensiva (Didáctica e ACCENT),

foram eficazes. Este estudo comprova que as intervenções que têm como alvo a prevenção da SIDA na população feminina podem produzir mudanças significativas, quando abordam um conjunto de variáveis sociais e cognitivas de teorias psicológicas com base empírica (e.g., MCS, TSC, TCP, MIMCC), essenciais para o comportamento sexual seguro (e.g., barreiras, auto-eficácia, percepção de risco, etc.). Os programas que possuem o objectivo de prevenir a infecção pelo VIH, deveriam recorrer a bases teóricas mais sólidas e utilizar estratégias de intervenção para a mudança do comportamento já testadas. Tal como referem Belcher e col. (1998, p.860): “To be successful in this goal (curbing the spread of HIV infection), interventions need to be effective in reducing HIV risk behaviours while at the same time realistic in terms of community-based implementation”.

O objectivo deste estudo de prevenir comportamentos sexuais de risco, intervindo num conjunto de variáveis sociais e cognitivas (e.g., auto-eficácia geral, auto-eficácia na negociação do preservativo, conhecimento sexual, percepção de risco, barreiras face ao sexo seguro) e de comportamento (e.g., uso do preservativo), foi alcançado em ambas as intervenções (Didáctica e ACCENT), embora com um impacto diferencial a curto e a longo prazo. No grupo de intervenção Didáctica, conseguiram-se mudanças importantes a curto prazo, visíveis no aumento do conhecimento sexual, auto-eficácia geral, auto-eficácia na negociação do preservativo, percepção de risco pessoal, da perda de recursos (social, tempo, condições domésticas, financeiro) e na sintomatologia depressiva. No grupo ACCENT, conseguiram-se mudanças mais abrangentes a curto prazo, que podem ser observadas no aumento do conhecimento sexual, da auto-eficácia geral, da percepção de risco na comunidade, diminuição da atitude negativa face ao sexo seguro, da atitude do parceiro percebida como negativa, da baixa auto-eficácia percebida na comunicação, aumento do suporte social, na diminuição da sintomatologia depressiva, da perda de recursos (social, tempo, condições domésticas, financeiro) e aumento do uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais. No geral, estas mudanças mantiveram-se e potenciaram-se no seguimento de seis meses, com algumas vantagens para o grupo ACCENT.

Com este estudo aprendemos que estas intervenções, de formato diferente, têm o potencial de produzir mudanças de comportamento relativamente estáveis. De facto, a intervenção ACCENT é mais intensiva (quatro sessões de 2 horas) e realizada em grupo, enquanto que a intervenção Didáctica é mais breve (2 sessões de 30 minutos) e

de formato individual. Os dados obtidos sugerem que a estrutura e conteúdo das sessões de ambas as intervenções, assim como as metodologias utilizadas funcionam bem com as mulheres. A intervenção ACCENT mostra ser mais eficaz a curto prazo do que a intervenção didáctica, mas a longo prazo a grande diferença prende-se com uma maior diminuição das barreiras face ao sexo seguro nas mulheres submetidas à intervenção ACCENT. Contudo, no caso da variável comportamental actividade actual (intenção e compra de preservativos), não se verificaram mudanças significativas a curto e a longo prazo, podendo argumentar-se que as intervenções não abordam o treino dos comportamentos sexuais preparatórios como a compra do preservativo, nem directamente as intenções. Assim, no futuro, seria importante envolver estas componentes nas intervenções, por exemplo através do cartão de crédito do uso do preservativo (Hobfoll & Schumm, 2002), promovendo a prática de comportamentos sexuais seguros preparatórios.

Tal como preconizado pelo Teoria do Género e do Poder (Wingood & DiClemente, 2002), a idade, a escolaridade e a religião moderam alguns efeitos das intervenções, verificando-se que as mulheres mais novas, com menor escolaridade e católicas não praticantes, beneficiam mais com as intervenções. Este é um dado importante, uma vez que as mulheres mais novas e com menor escolaridade são as que se encontram mais em risco (Anderson et al., 1996; Bensley et al., 2000). Assim, ambas as intervenções estão a atingir as mulheres que mais necessitam deste tipo de apoio. A intervenção didáctica foi particularmente sensível à influência do nível de escolaridade.

No geral, os resultados das intervenções são encorajadores no seu objectivo de prevenção do VIH nas mulheres que se encontram em risco de infecção pelo VIH. Os resultados são ainda mais significativos quando comparamos as duas intervenções com o grupo de controlo. Apesar da literatura sugerir que as intervenções mais intensivas são mais eficazes do que as sessões mais breves de prevenção do VIH (O' Leary & Wingood, 2000), o presente estudo encontra uma eficácia equivalente em termos de resultado comportamental (uso do preservativo), a longo prazo, entre a intervenção didáctica e a intervenção ACCENT. O único aspecto saliente, como já referido, prende-se com a diminuição das barreiras face ao sexo seguro no G.ACCENT. Pelo contrário, a curto prazo, verifica-se uma maior eficácia do programa ACCENT, o que vai de encontro à referida necessidade de competências de negociação sexual na população feminina (Amaro, Raj, & Red, 2001). Como a negociação do uso do preservativo é mais

difícil numa relação estável e duradoura, e considerando também que as mulheres têm sido infectadas pelo seu parceiro principal (Fazekas et al., 2001), no futuro, devem ser consideradas estratégias adicionais de intervenção que passam pela identificação e avaliação de mensagens de pedido do preservativo que podem produzir atribuições e reacções mais positivas por parte dos homens, do que as mensagens *standard* sobre o VIH, tal como investigar a possibilidade de uma estratégia em que os casais são testados para o VIH e outras DSTs, acordando em usar preservativo com parceiros sexuais secundários (O'Leary, 1999). Outra estratégia passa pelo desenvolvimento de tecnologias de prevenção não detectáveis, em particular microbicidas vaginais (Gollub, 1995).

Dada a importância de distinguir os factores responsáveis pela redução inicial do comportamento de risco daqueles que se encontram associados com a manutenção a longo prazo (Peterson & DiClemente, 1994), verificamos que a curto prazo a intervenção ACCENT é mais eficaz na mudança comportamental, incluindo componentes de treino de competências de negociação do preservativo, enquanto que a longo prazo a intervenção ACCENT e Didáctica obtêm o mesmo resultado comportamental. Considerando as estratégias de intervenção comuns a ambas as intervenções, a longo prazo, verificamos que o proporcionar conhecimento sexual, tal como o conversar com o profissional de saúde sobre o VIH, poderão ser os factores responsáveis pela manutenção da redução do comportamento sexual de risco. Assim, estas intervenções, pelo facto de se terem mostrado eficazes na redução do comportamento sexual de risco, poderão ser aplicadas em larga escala, permitindo a tradução da investigação em programas comunitários credíveis.

Esta tese surgiu como uma tentativa de aumentar o conhecimento da comunidade científica acerca da eficácia relativa de duas intervenções psicoeducativas de prevenção do VIH nas mulheres, utilizando um estudo experimental longitudinal.

Do teste da eficácia das intervenções aqui analisadas decorreram implicações teóricas e empíricas. De facto, estes conhecimentos são importantes para aperfeiçoar as estratégias de intervenção e, em última análise, para a mudança do comportamento. As intervenções aqui avaliadas poderão ser melhoradas uma vez que beneficiaram dos conhecimentos adquiridos com a sua implementação. Assim, verificamos que é necessário *aumentar a abrangência das intervenções de prevenção do VIH*, através de estratégias que incluem combinar as intervenções de prevenção do VIH com outros

programas ou serviços, tendo como alvo a população heterossexual, casais, e incorporar materiais de avaliação válidos e acessíveis na intervenção de prevenção do VIH (e.g., incorporar a prevenção do VIH com os programas de prevenção de violência doméstica; combinar o teste a DSTs com as intervenções de prevenção do VIH e o tratamento de abuso de substâncias; educar as participantes sobre as DSTs e a consequente vulnerabilidade acrescida face ao VIH, juntamente com materiais para teste e tratamento de DSTs, como parte de todas as intervenções de prevenção do VIH que têm como alvo as mulheres heterossexuais). As intervenções devem ainda abranger o contexto no qual os indivíduos interagem, sendo que o foco não deve ser apenas colocado na mulher.

Um segundo aspecto central prende-se com a necessidade de no futuro *desenvolver métodos controlados pela mulher*. Embora seja necessário aumentar o uso do preservativo masculino, é importante desenvolver métodos controlados pelas mulheres para prevenir a transmissão de DSTs/VIH, o que constituiu uma possibilidade de aumentar a igualdade na tomada da decisão sexual na relação heterossexual. Em relação aos métodos de protecção já referimos duas linhas: as barreiras físicas (o preservativo feminino) e as barreiras químicas conhecidas como microbicidas. De acordo com a literatura, o desenvolvimento de microbicidas é essencial para reduzir o risco sexual. O aspecto mais promissor no desenvolvimento dos mesmos implica que não sejam detectáveis pelos parceiros masculinos, contornando a necessidade de negociar e aumentando a independência das mulheres na protecção da sua saúde. Neste âmbito, a investigação actual encontra-se a desenvolver microbicidas seguros e eficazes reformulando os microbicidas existentes, tais como o nonoxynol 9, ou desenvolvendo novos agentes. Verifica-se que a investigação neste domínio tem sido muito limitada devido à ausência de financiamento. Em suma, os métodos controlados pelas mulheres são importantes no sentido em que aumentam a protecção das mulheres face ao VIH.

O terceiro aspecto deve focar-se em *modificar as normas sociais e culturais em relação ao comportamento sexual*. Neste âmbito, as abordagens de prevenção muitas vezes ignoram a influência das normas culturais e o contexto em que as negociações sexuais ocorrem para as mulheres. A literatura considera que é importante ter em conta as normas sociais na prevenção do VIH (Wingood & DiClemente, 2002). A investigação futura sobre as intervenções de prevenção do VIH para subgrupos pode precisar de se focar em formas de modificar as normas e comparações sociais para os homens e mulheres heterossexuais. Embora exista a crença na sociedade que os comportamentos sexuais são voluntários e que estão sob o controlo do indivíduo, o

papel do ambiente na promoção e manutenção dos comportamentos de risco tem sido reconhecido porque o ambiente desempenha um papel importante na promoção ou inibição do comportamento de risco. Logan e col. (2002), entre outros autores, sugerem que as intervenções necessitam de ser desenvolvidas a todos os níveis, incluindo as de nível individual (para aumentar o conhecimento, competências, e motivação), a nível diádico (para proporcionar estratégias no sentido de desenvolver a segurança no relacionamento), a nível comunitário (para afectar as normas de saúde do grupo), a nível político (para desenvolver leis e sistemas legais que protejam os direitos das mulheres e aumentem a igualdade das mulheres na sociedade) e a nível super estrutural (para ultrapassar as barreiras económicas e sociais aos direitos das mulheres). As intervenções aqui testadas focam-se apenas directamente no nível individual e indirectamente no nível diádico (e.g., intervenção ACCENT).

Qual a intervenção de prevenção do VIH mais eficaz em termos de custo-eficácia? Holtgrave e Pinkerton (2000) consideram que são necessários mais desenvolvimentos nesta área, nomeadamente mais estudos de custo-eficácia de diferentes tipos de intervenções e *software* disponível para estabelecer os parâmetros de interesse. Concluem que os estudos serão mais úteis se colocarem a seguinte questão: “Será a prevenção do VIH um bom investimento de recursos?” (p.294). A resposta dada é claramente sim, pois a literatura de avaliação económica considera que o investimento na prevenção do VIH deve de facto continuar porque a prevenção do VIH é um bom investimento para a sociedade.

A investigação futura deve continuar com a integração e a colaboração das diversas disciplinas na ciência de prevenção do VIH, reconhecer a importância do sócio-contextualismo, ou seja, é necessário compreender o comportamento do indivíduo no seu ambiente social e intervir não apenas ao nível individual mas também em níveis sociais estruturais mais amplos (e.g., intervenções ao nível comunitário que criam uma atmosfera que apoia as normas de prevenção; mudanças nas políticas de saúde pública, nas leis, etc.), considerar a ligação da prevenção do VIH com a detecção e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) (e.g., as intervenções necessitam de ser implementadas em contextos clínicos onde os indivíduos são testados e tratados para DSTs), abordagem mais eficaz em termos de custo-eficácia que possui um efeito colateral significativo para a prevenção do VIH, prosseguir esforços no sentido de fomentar as intervenções de prevenção para pessoas que vivem com o VIH permanecem uma área por estudar (DiClemente, 2000). Outras áreas importantes em termos de

investigação futura, prendem-se com o desenvolvimento de estratégias para melhorar a sustentabilidade dos efeitos dos programas de prevenção do VIH (e.g., *marketing* social ou intervenções dos *media*), a procura de orientações teóricas novas e promissoras porque apesar da utilidade dos modelos actuais, muita da variância da mudança comportamental permanece por explicar nos estudos de intervenção (e.g., níveis de intervenção mais amplos, comunitários, Teoria do Género e do Poder), a disseminação das intervenções que demonstraram eficácia, a necessidade futura de uma política de saúde e pública que apoie a investigação e a prática de prevenção do VIH, a necessidade de resultados biológicos na investigação de prevenção do VIH, medida complementar mais objectiva para avaliar a eficácia dos programas (e.g. técnicas de amplificação do ADN que podem detectar DSTs na urina, sendo assim possível detectar DSTs de uma forma não invasiva numa grande variedade de contextos; DiClemente, 2000). A investigação futura deve ainda focar-se em realizar estudos com amostras maiores e com períodos de seguimento mais longos para proporcionar poder estatístico de modo a detectar diferenças na incidência de DSTs e deve examinar o custo-eficácia na investigação de prevenção do VIH.

Verificam-se também implicações teóricas importantes deste estudo em termos dos modelos postulados no sentido de identificar ingredientes activos das intervenções. Por exemplo, está previsto nos modelos teóricos (e.g., Teoria Sócio-Cognitiva, Modelo de Crenças da Saúde, Teoria do Comportamento Planeado, Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais) a mudança das variáveis que, de facto, foram mudadas, como é o caso das variáveis de conhecimento (transmissão e prevenção do VIH), sócio-cognitivas (auto-eficácia, barreiras face ao sexo seguro, percepção de risco) e de comportamento (uso do preservativo nos últimos quatro actos sexuais). Por exemplo, na TCP as variáveis de auto-eficácia e de comportamentos sexuais seguros preparatórios estão correlacionadas com o comportamento e no MIMCC as variáveis de informação e competências comportamentais encontram-se correlacionadas. No nosso estudo verifica-se que as variáveis de auto-eficácia e de comportamentos sexuais seguros preparatórios (e.g., compra, intenção de comprar preservativos) estão correlacionadas com o comportamento e a informação está correlacionada com variáveis motivacionais.

Os resultados deste estudo também sugerem a necessidade de se alargarem os modelos sócio-cognitivos para incluir variáveis de interface do indivíduo com o meio como o *stress* e a perda de recursos. Os nossos resultados levam-nos a considerar o

papel das variáveis de bem-estar e de perda de recursos na motivação e no comportamento (e.g., as mulheres que estiverem sob *stress* terão menos capacidades para processar informação, menor auto-eficácia geral e na negociação do preservativo, e usarão menos o preservativo). Os modelos teóricos de prevenção do VIH nas mulheres e os programas que estes informam devem, assim, contemplar o impacto do *stress* nas suas várias dimensões (e.g., social, económica) e dos recursos do indivíduo nas mudanças de comportamento e na resposta a este tipo de programas.

Uma terceira implicação teórica refere-se ao papel moderador das variáveis sócio-demográficas, o que chama a atenção para modelos mais diferenciados. De facto, a mudança de comportamento que se dá numa mulher com determinadas características pode ser diferente de outra. Neste âmbito, o Modelo de Crenças da Saúde (MCS) já havia chamado à atenção para a importância das variáveis sócio-demográficas, considerando que uma vasta gama de variáveis demográficas e sociológicas (e.g., idade, educação, sexo, etnia), podem afectar as percepções do indivíduo (e.g., susceptibilidade, severidade, benefícios, barreiras, auto-eficácia) e, deste modo, afectar o comportamento preventivo de forma indirecta (Rosenstock et al., 1994). Assim, as variáveis sócio-demográficas constituem factores modificadores que influenciam a probabilidade de acção, mais concretamente através da percepção de benefícios, barreiras e auto-eficácia (Janz & Becker, 1984). Os nossos resultados evidenciam o papel da idade e do nível educacional das mulheres nos programas de mudança de comportamento, tendo a religiosidade sido também um factor relevante. Assim, por exemplo, os preditores sócio-demográficos das mudanças de comportamento para as mulheres mais novas poderão ser diferentes das mais velhas, o que deverá ser tido em conta quer ao nível das teorias quer da prevenção.

Em suma, as direcções futuras no campo da prevenção do VIH indicam que o avanço na ciência de prevenção do VIH está a ocorrer à medida que surgem avanços nas teorias e métodos (Wingood & DiClemente, 2002). De acordo com a revisão da literatura (e.g., Logan et al., 2002), os programas de intervenção de prevenção do VIH devem ser desenvolvidos e avaliados no sentido de verificar a sua eficácia através das mudanças nos comportamentos de risco auto-relatados, considerando outras medidas adicionais (e.g., marcadores biológicos, mudanças na incidência da doença e indicadores secundários de comportamentos preventivos como a posse de preservativos). Assim, a pertinência da avaliação dos programas de intervenção, referida na literatura, vai permitir uma adequação dos mesmos a diferentes realidades. A

disseminação dos programas que se mostram eficazes é outra questão abordada por autores como DiClemente (2000), entre outros, no sentido de promover a avaliação da eficácia dos mesmos. Outros aspectos referidos no âmbito da investigação futura face ao VIH incluem o desenvolvimento de uma infra-estrutura para que seja possível apoiar a investigação de intervenção, a aplicação e avaliação continuada por longos períodos de tempo, o desenho de programas relevantes para as populações alvo, tal como a definição de critérios relativos à eficácia das intervenções (Logan et al., 2002; O’Leary, 1999).

Esperemos que todo o sofrimento provocado pela SIDA, permita o crescimento e vários benefícios ao nível do movimento da saúde das mulheres, nas reformas dos cuidados de saúde, o consciencializar da pobreza e dos seus efeitos, para o discurso em relação à sexualidade e para o nosso desenvolvimento enquanto sociedade humana.

Numa retrospectiva, podemos verificar que desde a constatação que a sexualidade podia constituir um risco para a saúde, a Psicologia começou a interessar-se pela análise do comportamento sexual (por exemplo, VIH/SIDA). O sexo, enquanto comportamento interactivo, implicou o alargamento dos modelos inicialmente cognitivos para os de cognição social (representações que os indivíduos tem acerca do seu mundo – as suas crenças normativas), adicionando-se a análise do processo de negociação (métodos qualitativos). Tendo em consideração esta realidade, o projecto de investigação-acção comunitária realizado procurou integrar todos estes referenciais teóricos, sendo um dos poucos programas de intervenção-acção preventiva do VIH baseado na teoria em Portugal, o que lhe imprime maior cientificidade.

Este programa, para jovens mulheres com comportamento sexual de risco, centra-se na promoção de comportamentos de saúde fundamentais para a prevenção do VIH e outras doenças de transmissão sexual (DTS). Adicionalmente, procura dar mais poder (*empowerment*) às mulheres que carecem de competências para negociar o sexo seguro, aumentando, por consequência, a sua auto-eficácia relativamente ao sexo seguro (utilização do preservativo). Assim, o aumento de conhecimentos sobre o VIH e comportamentos sexuais seguros, assim como o aliar do conhecimento com o *empowerment* e treino de competências de negociação com o parceiro, constituem-se como estratégias importantes para a promoção de comportamentos sexuais seguros (neste caso o uso do preservativo) mesmo numa população de mulheres em risco.

No futuro, as intervenções apresentadas poderão ser contextualizadas numa consulta de apoio à sexualidade juvenil (como neste estudo), constituindo um

complemento à obtenção de preservativos, pílula contraceptiva e despiste de DSTs. No entanto, trata-se de um programa que, pelas suas características, poderá também ser implementado em unidades hospitalares, nomeadamente nos serviços de ginecologia/obstetrícia e centros de saúde, mais concretamente nas consultas de planeamento familiar.

Os resultados obtidos na aplicação da intervenção Didáctica e ACCENT sugerem as seguintes orientações para intervenção futura junto desta população feminina (McIntyre & Veiga Costa, 2005):

- *Uma abordagem diferenciada de acordo com o género e idade é essencial em termos de estratégias de prevenção de VIH. O programa aqui apresentado tenta confrontar estereótipos de papel sexual que influenciam o comportamento sexual das mulheres portuguesas, confrontando mitos e habilitando-as a assumir um papel mais activo no cuidar da sua saúde sexual.*
- *As intervenções mais complexas de prevenção do VIH, que incluem informação e treino de competências são mais adequadas à população feminina.* Também parece claro que as intervenções mais intensivas, ou seja, as intervenções que dedicam mais tempo a cada participante individual, incluindo a aprendizagem/construção de competências (ACCENT), são mais eficazes do que as sessões únicas e breves. Este facto não é surpreendente à luz das grandes necessidades de competências por parte das mulheres, nomeadamente as competências de negociação no uso do preservativo. A literatura indica que muitas mulheres podem reduzir o seu risco comportamental face à infecção pelo VIH após o treino intensivo nas competências de negociação e uso do preservativo, em particular se não estiverem em relações estáveis e duradouras (Wingood & DiClemente, 1998d). Por esta razão, é importante que as intervenções consideradas eficazes nestes estudos sejam disseminadas para as mulheres em risco nas comunidades afectadas. O nosso estudo mostra que as intervenções efectuadas foram eficazes em termos de aumentar a auto-eficácia geral e na negociação do preservativo, e que estes aspectos são determinantes no uso do preservativo.

- *As estratégias de prevenção do VIH nas mulheres devem ser variadas e a vários níveis.* Os dados deste estudo mostram eficácia das duas intervenções utilizadas, uma focada no aumento dos conhecimentos e outra no *empowerment* e no treino de competências, ambas com demonstrada eficácia a vários níveis. Apesar das vantagens da intervenção ACCENT, a abordagem educativa utilizada na intervenção individual é também promissora em termos do custo-benefício e pode constituir uma primeira linha de prevenção do VIH.
- *As intervenções de prevenção do VIH nas mulheres portuguesas devem considerar o factor de aculturação.* Na maioria das culturas, a infidelidade masculina é sancionada, enquanto que a infidelidade feminina é estigmatizada e punida (Amaro, 1995). Simultaneamente, as mulheres deparam-se com muitas dificuldades ao tentarem negociar o uso consistente do preservativo com os parceiros primários/principais. Esta dificuldade ocorre porque os preservativos podem ser interpretados como indicadores da infidelidade feminina ou doença e o parceiro masculino pode percepcionar que não está em risco de ser infectado pela sua companheira principal. Ambas as intervenções realizadas permitiram confrontar estes determinantes culturais e ajudar as mulheres a ultrapassar estas barreiras culturais à sua saúde sexual. No entanto, a intervenção ACCENT mostrou-se superior na diminuição deste tipo de barreiras face ao sexo seguro.
- *As estratégias de prevenção devem considerar as variáveis económicas, culturais e sociopolíticas que subjazem à dificuldade com que muitas mulheres se deparam no seu processo de protecção.* Estas componentes incluem a pobreza, o desequilíbrio de poder associado com o género, a violência doméstica, o abuso sexual na infância e os serviços inadequados para prevenir e tratar o comportamento de abuso de drogas. Ambos os grupos sujeitos à intervenção sofriam de factores de stress elevado, nomeadamente a nível social e financeiro, tendo o potenciar de recursos sido um efeito importante das duas intervenções.
- *Os programas de intervenção e prevenção do VIH devem ter referenciais científicos e teóricos claros e serem testados através de investigações de eficácia apropriadas.* A existência de grupos de controlo, distribuição

aleatória dos sujeitos pelos grupos de intervenção, de seguimentos no tempo e de medidas validadas, deverão ser características essenciais destes estudos. A identificação de modelos teóricos de base permite investigar os ingredientes activos das intervenções e porque é que estas intervenções produzem as mudanças de comportamento desejadas.

- *O conhecimento científico deve informar as estratégias de prevenção do VIH e as políticas de saúde nesta matéria.* A existência de consultores científicos que informem as entidades responsáveis e os políticos sobre o conhecimento produzido neste domínio tem sido um mecanismo importante na eficaz prevenção do VIH noutros países, embora seja ainda uma realidade pouco presente no nosso país.

Espera-se que o estudo aqui apresentado, assim como a reflexão sobre os dados obtidos, possam constituir um ponto de referência para a investigação e intervenção preventiva do VIH no feminino. Os materiais produzidos por este estudo, quer em termos da avaliação quer da intervenção, poderão ainda constituir-se como recursos importantes para os técnicos no domínio da educação, sociologia e saúde.

Agradecemos a oportunidade para contribuir cientificamente para este problema grave de saúde que afecta a população portuguesa e, cada vez mais, a mulher. Podemos concluir que a abordagem da prevenção do VIH na população feminina não deve ser simplista. Tal como refere O’Leary (2000, p.25): “*Consistent condom use, abstinence, and even monogamy may be unrealistic options for many individuals. A ‘magic bullet’ for HIV prevention does not exist, and different solutions will be optimal for different people. We have really only begun to scratch the surface in our study of HIV prevention for women. Critical factors to explore in future research include gender and power, sexuality, and structural factors affecting risk behavior. A focus on emotional, sexual, and communication processes occurring within primary, committed relationships is long overdue.*”

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, C., Sheeran, P. (1997). Cognitive Representations and Preventive Health Behaviour: A review. *Perceptions and Illness*. In Petrie, K.J., Weinman, J. (eds.). Harwood Academic Publishers. Chapter 1.
- Adler, Boyce, Chesney et al. (1993). Socioeconomic inequalities in health: No easy solution. *JAMA*, 269 (24): 3140-3145.
- AIDS Epidemic Update (2003). AIDS Epidemic Update: December 2003. Data: 10 de Dezembro de 2003. Retirado a 27 de Dezembro de 2003 da World Wide Web do site: www.unaids.org.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Chapter 1, p. 5-11; Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ajzen, I., Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*; 22, 453-474.
- Al-Gallaf, K., Al-Wazzan, H., Al-Namash, H., Shah, N.M., & Bahbehani, J. (1995). Ethnic differences in contraceptive use in Kuwait: A clinic-based study. *Social Science and Medicine*, 41, 1023-1031.
- Albarracin, D., Johnson, B.T., Fishbein, M., Muellerleile, P.A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*; 127(1), 142-161.
- Almeida, L., S., & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Apport – Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Almeida, L., S., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. 2ª Edição: Psiquilíbrios, Braga.
- Almeida, L., S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. 3ª Edição: Psiquilíbrios, Braga.
- Amaro, H. (1995). Love, sex and power: Considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist*, 50, 437 - 447.
- Amaro, H., Raj, A. (2000). On the Margin: Power and Women's HIV Risk Reduction Strategies. *Sex Roles*, 42, 7/8, 723-749.
- Amaro, H., Raj, A., Reed, E. (2001). Women's Sexual Health: The need for feminist analysis in public health in the Decade of Behavior. *Psychology of Women Quarterly*, 25 (4), 324-334.

- Anderson, J. E. (2003). Condom use and HIV risk among US adults. *American Journal of Public Health*, 93, 6, pg. 912.
- Anderson, J.E., Brackbill, R., & Mosher, W.D. (1996). Condom use for disease prevention among unmarried U.S. women. *Family Planning Perspectives*, 28, 25-28.
- Antoni, M.H. & Schneiderman, N. (2001). HIV AND AIDS. In D.W. Johnston & M. Johnston (Eds.), *Health Psychology, comprehensive Clinical Psychology*, vol.8, 237-275, London, Pergamon Press.
- Aral, S.O., Wasserheit, J.N. (1995). Interactions among HIV, other sexually transmitted diseases, socioeconomic status, and poverty in women. In: O'Leary, A., Jemmott, L.S., eds. *Women at risk: Issues in the primary prevention of AIDS*. New York: Plenum Press, 13-41.
- Araújo, S. & McIntyre, T. (1998). *Programa de Promoção Psico-sexual na Adolescência: Manual do Formador*. Braga: Universidade do Minho.
- Associação para o Planeamento da Família (2003). Memorando sobre a actual situação da educação sexual nas escolas portuguesas. Data: 2 de Dezembro de 2003. Retirado a 27 de Dezembro de 2003 da World Wide Web do site: <http://www.apf.pt/educacao/memorando.htm>.
- Baele, J., Dusseldorp, E., & Maes, S. (2001). Condom use self-efficacy: Effect of intended and actual condom use in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 28, 421-431.
- Bandura A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In: Mays, V.M., Albee, G.W., Schneider, S.M., eds. *Primary Prevention of AIDS*. Newbury Park, CA: Sage; 128-141.
- Bandura A. (1992). A social cognitive approach to the exercise of control of AIDS infection. In: DiClemente, R.J., ed. *Adolescent and AIDS: A Generation in Jeopardy*. Newbury Park, CA: SAGE; 89-116.
- Bandura, A. (1994). Social Cognitive Theory and exercise of control over HIV Infection. In R.J. DiClemente & J. Peterson (Eds.). *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions* (pp.25-59). New York: Plenum.
- Bandura A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.

- Bandura A. (2000). Health Promotion from the Perspective of Social Cognitive Theory. Chapter Thirteen. In: Norman, P., Abraham, C., & Conner, M., eds. *Understanding and Changing Health Behaviour: from Health Beliefs to Self-Regulation*. Harwood academic publishers. C. 13, 299-337.
- Basen-Enquist, K. (1992). Psychosocial predictors of “safer sex” behaviors in young adults. *AIDS Education and Prevention*, 4 (2), 120-134.
- Basen-Enquist, K. (1994). Evaluation of a theory-based HIV prevention intervention for college students. *AIDS Education and Prevention*; 6 (5), 412-424.
- Bauman, K. (2001). Sexually transmitted diseases. In: Rosenfeld, A., ed. *Handbook of Women's Health: An evidence based approach*. Cambridge University Press. C. 15, 254-280.
- Beadnell, B., Baker, S., Morrison, D., & Knox, K. (2000). HIV/STD risk factors for women with violent male partners. *Sex Roles*, 42, 661 – 689.
- Belar, C. & Deardoff, W. (1995). *Clinical Health Psychology in Medical Settings*. Washington D.C.: APA
- Belcher L, Kalichman S, Topping M, Smith, M, Emshoff, S, Norris, J, Nurss, F. (1998). A randomized trial of a brief HIV risk reduction counseling intervention for women. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 1998; Vol. 66, No.5, 856-861; APA.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999) *Psicologia e promoção da saúde*. CLIMEPSI Editores. Lisboa.
- Bensley, L., Van Eenwyk, J., & Simmons, K. (2000). Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *American Journal of Preventive Medicine*, 18, 151-158.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, K., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Internal reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*. 151, 8, 1132-1136.
- Bernstein, D. P., Stein, JA, Newcomb, MD, Walker, E, Pogge, D, Ahluvalia, T, Stokes, J, Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D, & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 27, 169-190, Pergamon.
- Bertrand, J.T., Brown, L.F., Kinzoni, M, Mansilu, M., Djunghu, B. (1992). AIDS knowledge in three sites in Bas-Zaire. *AIDS Education Prevention*; 4(3), 251-266.

- Bhave, G., Lindan, C.P., Hudes, E.S., et al. (1995). Impact of an intervention on HIV, Sexually transmitted diseases, and condom use among sex workers in Bombay, India. *AIDS*; 9 (suppl 1): S21-S30.
- Blascovich, J. & Tomaka, J.(1993). “ Measures of Self-Esteem”.Pp.115-160 in J.P. Robinson, P.R.Shaver, and L.S. Wrightsman (eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. 3rd Edition. Ann Arbor: Institute for Social Research.
- Boyer, C. B., Barrett, D. C., Peterman, T. A., & Bolan, G. (1997). Sexually transmitted disease (STD) and HIV risk in heterosexual adults attending a public STD clinic: Evaluation of a randomized controlled behavioral risk-reduction intervention trial. *AIDS*, 11, 359-367.
- Boyer, C.B., Kegeles, S.M. (1991). AIDS risk and prevention among adolescents. *Social Science Medicine*; 33(1), 11-23.
- Booth, R., Kwiatkowski, C., & Chitwood, D. (2000). Sex related HIV risk behaviors: differential risk among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 219-226.
- Bosompra, K. (2001). Determinants of condom use intentions of university students in Ghana: an application of the theory of reasoned action. *Social Science and Medicine*. 52, 1057-1069.
- Bowen, A.M., Trotter II, R. (1995). HIV risk in intravenous Drug Users and Crack Cocaine smokers: predicting stage of change for condom use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 63(2), 238-248.
- Brannon, L. & Feist, J. (1992). *Health Psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks-Cole.
- Breakwell, G.M., Millward, L.J., Fife-Schaw, C. (1994). Commitment to “safer” sex as a predictor of condom use among 16-20 year olds. *Journal of Applied Social Psychology*; 24(3), 189-217.
- Britton, P.J., Levine, O.H., Jackson, A.P., Hobfoll, S.E., Sheperd, J.B., & Lavin, J.P. (1998). Ambiguity of monogamy as a safer-sex goal among single, pregnant, inner-city women. *Journal of Health Psychology*, Vol 3 (2), 227-232.
- Brown, L., Lourie, K., Zlotnick, C., & Cohn, J. (2000). Impact of sexual abuse on the HIV-risk-related behavior of adolescents in intensive psychiatric treatment. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1413-1415.

- Browne, A., Miller, B., & Maguin, E. (1999). Prevalence and severity of lifetime physical and sexual victimization among incarcerated women. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 301-322.
- Brunswick, A.F., Banaszak-Holl, J. (1996). HIV risk behavior and the health belief model: An empirical test in an African American community sample. *Journal of Community Psychology*, 24, 44-65.
- Bryan, A.D., Aiken, L.S., West, S.G. (1996). Increasing condom use: Evaluation of a theory-based intervention to prevent sexually transmitted diseases in young women. *Health Psychology*, vol.15, n. 5, 371-382.
- Bryan, A., Fisher, J., Fisher, W. (2002). Tests of the mediational role of preparatory safer sexual behaviour in the context of the theory of planned behaviour. *Health Psychology*. Vol.21, Nº1, 71-80.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). Análise de dados em ciências sociais. Introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows. 3ª Edição, CELTA Editora.
- Buela-Casal, G. & Sierra, J.C. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Biblioteca Nueva
- Campbell, T., Bernhardt, S. (2003). Factors that contribute to women declining antenatal HIV Testing. *Health Care for Women International*, 24, 544-551.
- Carey, M.P., Carey, K.B., Kalichman, S.C. (1997). Risk for human immunodeficiency vírus (HIV) infection among persons with severe mental illnesses. *Clinical Psychology Review*; 17(3), 271-291.
- Carey, M.P., Carey, K.B., Weinhardt, L.S., et al. (1997). Behavioral risk for HIV infection among adults with a severe and persistent mental illness: Patterns and psychological antecedents. *Community Mental Health Journal*; 33 (2), 133-142.
- Carey, M.P., Maisto, S.A., Kalichman, S.C., et al. (1997). Enhancing motivation to reduce the risk of HIV infection for economically disadvantaged urban women. *Journal of Consulting Clinical Psychology*; 65 (4), 531-541.
- Carmo, I. & Amâncio, L. *Vozes Insubmissas : A história das mulheres e dos homens que lutaram pela igualdade dos sexos quando era crime fazê-lo*. Publicações Dom Quixote, 2004.
- Carter, J., McNair, L., Corbin, W., & Williams, M. (1999). Gender differences related to heterosexual condom use: the influence of negotiation styles. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 25, 217-225.

- Catania, J.A., Coates, T.J., Kegeles, S.M., Ekstrand, M., Guydish, J.R., Bye, L.L. (1989). Implications of the AIDS risk reduction model for the gay community : The importance of perceived sexual enjoyment and help-seeking behaviors. In: Mays, V.M., Albee, G.W., Schneider, S.F., eds. *Primary Prevention of AIDS*. Newbury Park, CA: Sage, 242-261.
- Catania J.A., Kegeles S.M., Coates T.J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly*; 17(1): 53-72.
- Catania J.A., Coates T.J., Kegeles S., et al. (1992). Condom use in multi-ethnic neighborhoods of San Francisco: the population-based AMEN (AIDS in multi-ethnic neighborhoods) study. *American Journal of Public Health*; 82:284-287.
- Catania, J., Coates, T.J., Kegeles, S. (1994). A test of the AIDS Risk Reduction Model: Psychosocial correlates of condom use in the AMEN cohort survey. *Health Psychology*; 13(6), 548-555.
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) – Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal em 30 de Junho de 2001. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) – Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal em 31 Dezembro de 2003. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) – Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal em 30 de Junho de 2004. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) – Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2005. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Centers for Disease Control and Prevention (1993). Barrier protection against aHIV infection and other sexually transmitted diseases. *Morbidity and Mortality Weekly Report*; 42: 589-591, 597.

- Chan, D.K.S., Fishbein, M. (1993). Determinants of college women's intentions to tell their partners to use condoms. *Journal of Applied Social Psychology*; 23, 1455-1470.
- Chewning, B., Douglas, J., Kokotailo, P.K., LaCourt, J., St. Clair, D., Wilson, D. (2001). Protective factors associated with American Indian adolescents' safer sexual patterns. *Maternal and Child Health Journal*, Vol.5, N.4, 273-280.
- Choi, K., Catania, J., & Dolcini, M. (1994). Extramarital sex and HIV risk behavior among U.S. adults: Results from the national AIDS behavior survey. *American Journal of Public Health*, 84, 2003-2006.
- Claúdio, V., & Sousa, P. (2003). As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/SIDA. *Análise Psicológica*, 2 (XXI), 159-174.
- Claúdio, V., Pereira, M.G. & Robalo, P. (1994). SIDA! A Falsa Protecção que o Amor Tece. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 211-226.
- Cohen, D.A., Dent, C., MacKinnon, D., Hahn, G. (1992). Condoms for men, not women: Results of brief promotion programs. *Sexually Transmitted Diseases*; 19, 245-251.
- Cooper, M.L. Agocha, V.B., Powers, A.M. (1999). Motivations for condom use: Do pregnancy prevention goals undermine disease prevention among heterosexual young adults? *Health Psychology*, Vol.18, No.5, 464-474.
- Cotton-Oldenburg, B., Jordan, K., Martin, S., & Kupper, L. (1999). Women inmates' risky sex and drug behaviors: Are they related? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 129-140.
- Crosby, R.A., DiClemente, R.J., Wingood, G.M., & Harrington, K. (2002). HIV/STD prevention benefits of living in supportive families: A prospective analysis of high risk African-American female teens. *American Journal of Health Promotion*, 16, 142-145.
- Cruz, J. F.A., Vilaça, M.T., Sousa, A.C., Gomes, A.R., Melo, B., Araújo, M.S., Dias, M.S., Freitas, M.C. & Ruivo, M.L. (1997). Prevenção do VIH e da SIDA nos adolescentes e jovens adultos: investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2 (2), 279-304.
- Cushman, L.F., Romero, D., Kalmuss, D., Davidson, A.R., Heartwell, S., Rulin, M. (1998). Condom Use Among Women Choosing Long-Term Hormonal Contraception. *Family Planning Perspectives*; 30(5), 240-243.

- Cutrona, C.E., & Russell, D.W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, Vol. 1, pp. 37-67.
- Dayton, J. & Merson, M.H. (2000). HIV Prevention in Developing Countries. In Peterson & DiClemente (Ed.) – *Handbook of HIV Prevention*. Chapter 12, 225-241.
- D'Angelo J.L., DiClemente, R.J. Sexually Transmitted Diseases Including Human Immunodeficiency Virus Infection. In: DiClemente RJ, Hansen, WB, Ponton, LE, eds. *Handbook of Adolescent Health Behavior*. New York: Plenum Press; 1996: 333-367.
- de Bruyn, M. (1992). Women and AIDS in developing countries. *Social Science and Medicine*, 34, 249-262.
- Des Jarlais, D., Marmor, M., Friedmann, P., Titus, S., Aviles, E., Deren, S., et al. (2000). HIV incidence among injection drug users in New York City, 1992-1997: Evidence for a declining epidemic. *American Journal of Public Health*, 90, 352-359.
- DiClemente, R.J., Crosby, R.A. & Kegler, M.C. (2002). *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research. Strategies for improving public health*. Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- DiClemente, R.J. & Peterson, J.L. (1994) *Preventing AIDS. Theories and Methods of Behavioral Interventions*. Plenum Press, New York.
- DiClemente, R.J. (2000). *Looking Forward: Future Directions for HIV Prevention Research*. In Peterson & DiClemente (Ed.) – *Handbook of HIV Prevention*. Chapter 17, 311-323.
- DiClemente, R.J., Lodico, M., Grinstead, O.A., et al. (1996). African-American adolescents residing in high-risk urban environments do use condoms: Correlates and predictors of condom use among adolescents in public housing developments. *Pediatrics*, vol. 98, n.2, 269-278.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Sionean, C., Brown, L. K., Rothbaum, B., Zimand, E., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies, S. (2001a). A Prospective Study of Psychological Distress and Sexual Risk Behavior Among Black Adolescent Females. *Pediatrics*, 108, 5, 1-6.

- DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B.K., Harrington, K., and Davies, S. (2001b). Parent-adolescent communication and sexual risk behaviors among African American adolescent females. *Journal of Pediatrics*, 139 (3), 407-412
- DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B.K., Harrington, K., et al. (2001c). Parental monitoring: Association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*, 107 (6), 1363-1368.
- Dilorio, C., Maibach, E., O'Leary, A., Sanderson, C.A., Celentano, D. (1997). Measurement of condom use self-efficacy and outcome expectancies in a geographically diverse group of STD patients. *AIDS Education and Prevention*; 9(1), 1-13.
- Doll, J., Orth, B. (1993). The Fishbein and Ajzen theory of reasoned action applied to contraceptive behavior: Model variants and meaningfulness. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 395-415.
- Dolcini M.M., Coates T.J., Catania J.A., Kegeles S.M., Hauck, W.W. (1995). Multiple Sexual Partners and Their Psychological Correlates: The Population-Based AIDS Multiethnic Neighborhood (AMEN) Study. *Health Psychology*; 14(1), 22-31.
- Dowsett, G. W. (2003). Some Considerations on Sexuality and Gender in the Context of AIDS. *Reproductive Health Matters*. 11 (22), 21-29.
- DSM-IV (1994). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4ª Edição. Climepsi editores. American Psychiatric Association.
- DSM-IV (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4ª Edição, Climepsi editores. Lisboa.
- DST (2002). Doenças Sexualmente Transmissíveis: considerações gerais. Data: 24 de Julho de 2002. Retirado a 27 de Dezembro de 2003 da World Wide Web do site: <http://www.dst.com.br/>
- Dunahoo, C., Hobfoll, S., Monnier, J., Hulsizer, M., Johnson, R. (1998). There's More Than Rugged Individualism in Coping. Part 1: Even The Lone Ranger Had Tonto. *Anxiety, Stress and Coping.*, Vol.11, pp.137-165.
- Eisler, R.M. & Hersen, M. (2000) *Handbook of Gender, Culture and Health*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. New Jersey.
- El-Bassel, N., Ivanoff, A., Schilling, R.F., et al. (1995). Preventing AIDS in drug-abusing incarcerated women through skills building and social support: Preliminary outcomes. *Social Work Research*, 19, 131-141.

- El-Bassel, N., Schilling, R.F. (1992). 15-month follow-up of women methadone patients taught skills to reduce heterosexual HIV transmission. *Public Health Report*, 107, 500-504.
- El-Bassel, N., Witte, S., Wada, T., Gilbert, L., & Wallace, J. (2001). Correlates of partner violence among female street-based sex workers: Substance abuse, history of childhood abuse, and HIV risks. *AIDS Patient Care and STDs*, 15, 41-51.
- Eldridge, GD, St. Lawrence, JS, Little, CE, et al. (1995). Barriers to condom use and barrier method preferences among low-income African American women. *Women and Health*. 23: 73-89
- Engel, G. (1977). The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Ennis, N.E., Hobfoll, S.E., & Schroder, K.E.E. (2000). Money Doesn't Talk, It Swears: How Economic, Stress and Resistance Resources Impact Inner-City Women's Depressive Mood. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 28, No. 2.
- Exner, T., Gardos, P., Seal, D., & Ehrhardt, A. (1999). HIV sexual risk reduction interventions with heterosexual men: The forgotten group. *AIDS and Behavior*, 3, 347-358.
- Exner, T.M., Seal, D.W., Ehrhardt, A.A. (1997). A review of HIV interventions for at-risk women. *AIDS Behavior*, 1, 93-124.
- Farr, G., Gabelnick, H., Sturgen, K., Dorflinger, L. (1994). Contraceptive efficacy and acceptability of the female condom. *American Journal of Public Health*; vol.84, No.84: 1960-1964.
- Faugier, J., & Cranfield, S., (1995). Reaching male clients of female prostitutes: The challenge for HIV prevention. *AIDS Care*, 7 (Suppl.1), 21-32.
- Fazekas, A., Senn, C.Y., Ledgerwood, D.M. (2001). Predictors of intention to use condoms among university women: an application and extension of the theory of planned behaviour. *Canadian Journal of Behavioral Science*, Vol 33, N°2, 103-117.
- Fineberg, H.V. (1988). Education to prevent AIDS: Prospects and obstacles. *Science*; 239: 592-596.

- Fishbein, M., Chan, D.K.S., O'Reilly, K., et al. (1992). Attitudinal and normative factors as determinants of gay men's intentions to perform AIDS-related sexual behaviors: A multisite analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 22 (13), 999-1011.
- Fishbein, M., Middlestadt, S.E., Hitchcock, P.J. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors. In: DiClemente, R.J., Peterson, J.L., eds. *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. New York: Plenum Press, 61-78.
- Fishbein, M., Trafimow, D., Middlestadt, S.E., et al. (1995). Using an AIDS KAPB survey to identify determinants of condom use among sexually active adults from St. Vincent and the Grenadines. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1-20.
- Fisher, J.D. (1988). Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS-prevention. (Special Issue on AIDS). *American Psychologist*; 43(11), 914-920.
- Fisher, W.A. (1997). A theory-based framework for intervention and evaluation in STD/HIV prevention. *The Canadian Journal of Human Sexuality*; 6 (2), 105-111.
- Fisher J.D., Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*; vol. 111, n.3, 455-474.
- Fisher, W.A., Fisher, J.D. (1992). Understanding and promoting AIDS preventive behavior: A conceptual model and educational tools. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 1(3), 99-106.
- Fisher, W.A., Fisher, J.D. (1993). A general social psychological model for changing AIDS risk behavior. In: Pryor, J., Reeder, G., eds. *The Social Psychology of HIV Infection*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 127-153.
- Fisher J & Fisher W (2000). Theoretical Approaches to individual Level Change in HIV Risk Behavior. In J. Peterson & R. DiClemente (Eds.) – *Handbook of HIV Prevention*. Chapter 1, 3-55. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Fisher, J., & Fisher, W. (2002). The Information-Motivation-Behavioral Skills Model. In DiClemente RJ, Crosby RA, Kegler MC (Eds). *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health*. Chapter 3, 40-70. Jossey Bass, San Francisco, CA.
- Fisher, J.D., Fisher, W.A., Bryan, A.D., & Misovich, S.J. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills Model-Based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21 (2), 177-186.

- Fisher, W.A., Fisher, J.D., Rye, B.J. (1995). Understanding and promoting AIDS preventive behavior: Insights from the theory of reasoned action. *Health Psychology*, 14 (3), 255-264.
- Fisher, J.D., Fisher, W.A., Williams S.S., Malloy, T.E. (1994). Empirical tests of an information-motivation-behavioral skills model of AIDS-preventive behavior with gay men and heterosexual university students. *Health Psychology*; vol. 13, n.3, 238-250.
- Fisher, J.D., Kimble, D.L., Misovich, S.J., Weinstein, B. (1998). Dynamics of sexual risk behavior in HIV-infected men who have sex with men. *AIDS and Behavior*; 2(2), 101-113.
- Fisher, J.D., Misovich, S.J. (1990). Social influence and AIDS-preventive behavior. In: Edwards, J., Tindale, R.S., Health, L., Posovac, E.J., eds. *Social Influence Processes and Prevention*. New York: Plenum Press, 39-70.
- Fisher, W. A., Williams, S.S., Fisher, J.D., & Malloy, T.E. (1999). Understanding AIDS risk behavior among sexually active urban adolescents. An empirical test of the Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *AIDS and Behavior*; 3(1), 13-23.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Forsyth, A.D., Carey, M.P. (1998). Measuring self-efficacy in the context of HIV risk-reduction: Research challenges and recommendations. *Health Psychology*, 17, 559-568.
- Freedy, J. & Hobfoll, S. (1994). Stress Inoculation for reduction of Burnout: A Conservation of Resources Approach. *Anxiety, Stress and Coping*, Vol. 6, pp. 311-325.
- Galavotti, C., Cabral, R.J., Lansky, A., Grimley, D.M., Riley, G.E., Prochaska, J.O. (1995). Validation of measures of condom and other contraceptive use among women at high risk for HIV infection and unintended pregnancy. *Health Psychology*; 14(6), 570-578.
- Gerrard M., Gibbons F.X., Bushman B.J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychological Bulletin*; 119(3): 390-409.

- Gerrard, M., Gibbons, F.X., Warner, T.D. et al. (1993). Perceived vulnerability to HIV infection and AIDS preventive behavior: A critical review of the evidence. In: In: Pryor, J., Reeder, G., eds. *The Social Psychology of HIV Infection*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 59-84.
- Gibson, D., Lovelle-Drache, J., Young, Y., Hudes, E., & Sorensen, J. (1999). Effectiveness of brief counseling in reducing HIV risk behavior in injecting drug users: Final results of randomized trials of counseling with and without HIV testing. *AIDS and Behavior*, 3, 3-12.
- Gollub, E.L. (1995). Women-Centered Prevention Techniques and Technologies. In O'Leary (Ed.) - *Women at Risk: Issues in the Primary Prevention of AIDS*. New York: Plenum Press; Chapter 3: 43-82.
- Graves, K., & Leigh, B. (1995). The relationship of substance use to sexual activity among young adults in the United States. *Family Planning Perspectives*, 27, 18-22.
- Grimley, D.M., Prochaska, G.E., Prochaska, J.O. (1997). Condom use adoption and continuation: a transtheoretical approach. *Health Education Research*; 12(1), 61-75.
- Harris, R., Barker Baussell, R., Scott, D., Hetherington, S., & Kavanaugh, K. (1998). An intervention for changing high-risk HIV behaviors of African American drug-dependent women. *Research in Nursing and Health*, 21, 239-250.
- Harrison, P., Fulkerson, J., & Beebe, T. (1997). Multiple Substance use among adolescent physical and sexual abuse victims. *Child Abuse and Neglect*, 21, 529-540.
- Harrison, J.A., Mullen, P.D., Green, L.W. (1992). A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health Education Research*, 7 (1), 107-116.
- Harvard Medical School (2005). HIV/AIDS. Data: 2 de Junho de 2005. Retirado a 23 de Julho de 2005 da World Wide Web do site: www.intelihealth.com
- Hingson, R.W., Strunin, L., Berlin, B.M., et al. (1990). Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health*, 80, 295-299.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of Resources. A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, Vol.44, No.3. 513-524. American Psychological Association.

- Hobfoll, S. E. (1991). Traumatic Stress: A Theory Based On Rapid Loss of Resources. *Anxiety Research*, Vol. 4, pp. 187-197.
- Hobfoll, S. E. (1998). Ecology, community, and AIDS prevention. *American Journal of Community Psychology*, 26, 133-144.
- Hobfoll, S. E. (2000). Grant Application – Women’s Health Empowerment Project. 37 - 69 (Unpublished Manuscript).
- Hobfoll, S.; Shoham, S. & Ritter, C.(1991). Women’s Satisfaction With Social Support and Their Receipt of Aid. *Journal of Personality and Social Psychology.*, Vol. 61, No. 2, pp. 332-341
- Hobfoll, S. & Lane, C.(1992). How Loss Affects Anger and Alienates Potential Supporters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 60. No6, 935-942.
- Hobfoll, S. & Lilly, R.(1993). Resource Conservation as a Strategy for Community Psychology. *Journal of Community Psychology*. Volume 21. 128- 148. Kent State University.
- Hobfoll, S.E., Jackson, A.P., Lavin, J., Britton, P.J., & Sheperd, J.B. (1993). Safer sex knowledge, behavior, and attitudes of inner-city women. *Health Psychology*, Vol. 12, No.6, 481-488.
- Hobfoll, S.E., Jackson, A.P., Lavin, J., Britton, P.J., & Sheperd, J.B. (1994). Women’s Barriers to Safer Sex. *Psychology and Health*, Vol. 9, pp.233-252, Harwood Academic Publishers
- Hobfoll, S ;Dunahoo,C.;Ben-Porath, Y.& Monnier, J.(1994). Gender and Coping: The Dual- Axis Model of Coping. *American Journal of Community Psychology*, Vol.22, No.1, pp49-82.
- Hobfoll, S.E., Jackson, A.P., Lavin J., Britton, P.J., & Sheperd (1994). Reducing Inner-City Women’s AIDS Risk Activities: A study of single, pregnant women. American Psychological Association, *Health Psychology*, Vol.13, N.5, 397-403.
- Hobfoll, S.E., Jackson, A.P., Lavin, J., Viciniza, N. & Niego, S. (1996). *AIDS prevention and health promotion among women: Program Manual*. Los Altos, AC. Sociometrics.

- Hobfoll, S.E., & Schroder, K.E. (2001). Distinguishing between passive and active prosocial coping: Bridging inner-city women's mental health and AIDS risk behavior. *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 18(2): 201-217.
- Hobfoll, S.E., Bansal, A., Schurg, R., Young, S., Pierce, C.A., Hobfoll, I., & Johnson, R. (2002). The impact of Perceived Child Physical and Sexual Abuse History on Native American Women's Psychological Well-Being and AIDS Risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol.70, No.1, 252-257.
- Hobfoll, SE, & Schumm, JA (2002). Conservation of Resources Theory. Application to Public Health Promotion. In DiClemente RJ, Crosby RA, Kegler MC (Eds). *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health*. Chapter 11, 285-312. Jossey Bass, San Francisco, CA.
- Holmberg, S. (1996). The estimated prevalence and incidence of HIV in 96 large U.S. metropolitan areas. *American Journal of Public Health*, 86, 642-654.
- Holtgrave, D.R. & Pinkerton, S.D. (2000). *The Economics of HIV Primary Prevention*. In Peterson & DiClemente (Ed.) – Handbook of HIV Prevention. Chapter 15, 286-295.
- Ickovics, J., & Rodin J. (1992). Women and AIDS in the United States: Epidemiology, natural history, and mediating mechanisms. *Health Psychology*. Vol 11 (1), 1-16.
- Institute of Medicine (1996). *Contraceptive Research and Development: Looking to the Future*. Harrison PF, Rosenfield A, eds. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (1997). *The hidden epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases*. Washington, DC: National Academic Press.
- Yep, G.A. (1993). HIV prevention among Asian-American college students: Does the health belief model work? *Journal of American College Health*, 41, 199-205.
- Jaccard, J., Dittus, P.J. (2000). Adolescent perceptions of maternal approval of birth control and sexual risk behavior. *American Journal of Public Health*, 90, 1426-1430.
- Jackson, T.D., Hobfoll, S.E., Jackson, A.P., & Lavin J.P. (in press). Life stressors, mastery and perceived partner engagement in HIV Risk Behavior.
- Janz, N., Becker, M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.

- Jemmott, L.S., Jemmott, J.B.I. (1992). Increasing condom use intentions among sexually active black adolescent women. *Nursing Research*, 41 (5), 273-279.
- Jemmott, J.B.I., Jemmott, L.S., Fong, G.T. (1992). Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health*, 82, 372-377.
- Jemmott, J.B.I., Jemmott, L.S., Fong, G.T., et al. (1999). Reducing HIV risk-associated sexual behavior among african american adolescents: Testing the generality of interventions effects. *American Journal of Community Psychology*, 27: (2), 161-187.
- Jenkins, M., Langlais, P., Delis, D., & Cohen, R. (2000). Attentional dysfunction associated with posttraumatic stress disorder among rape survivors. *Clinical Neuropsychologist*, 14, 7-12.
- Kalichman, S.C., Carey, M.P., Johnson, B.T. (1996). Prevention of sexually transmitted HIV infection: A meta-analytic review of the behavioral outcome literature. *Annual Behavioral Medicine*; 18 (1), 6-15.
- Kalichman, S.C., Cherry, C., Browne-Sperling, F. (1999). Effectiveness of a video-based motivational skills building HIV risk-reduction intervention for inner-city African American men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 67(6), 959-966.
- Kalichman, S. C., Hunter, T. L., & Kelly, J. A. (1992). Perceptions of AIDS susceptibility among minority and nonminority women at risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 725-732.
- Kalichman, S.C., Kelly, J.A., Hunter, T.L., et al. (1993). Culturally tailored HIV/AIDS risk-reduction messages targeted to African-American urban women: Impact on risk sensitization and risk reduction. *Journal of Consulting Clinical Psychology*; 61, 291-295.
- Kalichman, S.C., Rompa, D., Coley B. (1996). Experimental component analysis of a behavioral HIV-AIDS prevention intervention for inner-city women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 64(4), 687-693.
- Kalichman, S.C., Stevenson, L.Y. (1997). Psychological and social factors associated with histories of risk for human immunodeficiency virus infection among African-American inner-city women. *Journal of Women Health*, 6 (2), 209-217.

- Kamb, M.L., Fishbein, M., Douglas, J.M., et al. (1998). Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: A randomized controlled trial. *JAMA*: 280(13), 1161-1167.
- Kang, S.I., Deren, S., Andia, J., Colon, H.M., Robles, R. (2004). Effects of changes in perceived self-efficacy on HIV risk behaviors over time. *Addictive behaviors*. Vol.29, Issue 3, May 2004, 567-574.
- Kegler, MC, Crosby, RA, & DiClemente, RJ (2002). Reflections on Emerging Theories in Health Promotion Practice. In DiClemente RJ, Crosby RA, Kegler MC (Eds). *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health*. Chapter 14, 386-395. Jossey Bass, San Francisco, CA.
- Kelly, J., Lawrence, J., Hood, H. & Brasfield, T. (1989). Behavioral Intervention to Reduce AIDS Risk Activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 57, No.1, pp.60-67.
- Kelly, J. A., & Murphy, D. A. (1992). Psychological interventions with AIDS and HIV: Prevention and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 725-732.
- Kelly, J.A., Murphy, D.A., Sikkema, K.L., et al. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed: New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. *American Psychologist*; vol. 48, No.10: 1023-1034.
- Kelly, J., Murphy, D., Washington, C., Wilson, T., Koob, J., Davis, D., et al. (1994). The effects of HIV/AIDS for high-risk women in urban clinics. *American Journal of Public Health*, 84, 1918-1922.
- Kershan, T.S., Niccolai, L.M., Ethier, K.A., Lewis, JB, & Ickovics, J.R. (2003). Perceived Susceptibility to Pregnancy and Sexually Transmitted Disease among Pregnant and Nonpregnant Adolescents. *Journal of Community Psychology*, Vol. 31, No.4, 419-434.
- Kin, E. & Davis, M. (1998). *Women's Health – A Primary Care Clinical Guide*. Second Edition – Appleton & Lange, chapter 3, 6, 12.
- Kirby, D., DiClemente, R.J. (1994). School-based interventions to prevent unprotected sex and HIV among adolescents. In: DiClemente, R.J., Peterson, J.L., eds. *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. New York: Plenum Press; Chapter 7, 117-139.

- Kline, A., & Vanlandingham, M. (1994). HIV-infected women and sexual risk reduction: The relevance of existing models of behavior change. *AIDS Education Prevention*, 6, 390-402.
- Koenig, L.J., Moore, J. (2000). Women, Violence, and HIV: a critical evaluation with implications for HIV services. *Matern Child Health*, 4 (2), 103-109.
- Koniak-Griffin, D., Lesser, J., Uman, G., Nyamathi, A. (2003). Teen pregnancy, motherhood and unprotected sexual activity. *Research in Nursing and Health*. Vol. 26, 4-19.
- Kowalewski, M.R., Longshore, D., Anglin, M.D. (1994). The AIDS risk reduction model: Examining intentions to use condoms among injection drug users. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(22), 2002-2027.
- Kurth, A. (1994). *Until the cure: Caring for women with HIV* (p.11). New Haven, Yale University Press.
- Lau, J.T.F., Tang, A.S.Y., Siah, P.C., Tsui, H.Y. (2002). Assessment of HIV-related sexual risk behaviors among the general female population in Hong Kong. *Archives of Sexual Behavior*. New York. Vol.31, Iss.6, pg.535 – 543.
- Lear, D. (1995). Sexual communication in the age of AIDS: The construction of risk and trust among young adults. *Social Science and Medicine*, Vol 41, N. 9, 1311-1323.
- Lewis, Kashima (1994). Applying the Theory of Reasoned Action to the Prediction of AIDS Preventive Behavior. In: Terry, D.J., Gallois, C., McCamish, M. *The Theory of Reasoned Action: its application to AIDS-preventive behaviour*. Chapter 2; Pergamon Press, Oxford, England.
- Logan, T., & Leukefeld, C. (2000). Sexual and drug use behavior among female crack users: A multi-site sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 237-245.
- Logan TK, Cole J, Leukefeld C. Women, Sex, and HIV: Social and Contextual Factors, Meta-Analysis of Published Interventions, and Implications for Practice and Research. *Psychological Bulletin* (APA) 2002; 128, 6: 851-885
- Longshore, D., Stein, J.A., Anglin, M.D. (1996). Ethnic differences in the psychosocial antecedents of needle/syringe disinfection. *Drug and Alcohol Dependence*, 42, 183-196.

- MacKenzie JE, Hobfoll SE, Ennis N, Kay J, Jackson A, Lavin J. (1999). Reducing AIDS risk among inner-city women: a review of the Collectivist Empowerment AIDS Prevention (CE-AP) Program. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 13, 166-174.
- Madden, T.J., Ellen, P.S., Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and Social Psychology Bulletin*; 18 (1), 3-9.
- Maibach, E., Flora, J. (1993). Symbolic modeling and cognitive rehearsal: Using video to promote AIDS prevention self-efficacy. *Community Research*; 20, 517-545.
- Main, D.S., Iverson, D.C., McGloin, J., et al. (1994). Preventing HIV infection among adolescents : Evaluation of school-based education program. *Preventive Medicine*, 23, 409-417.
- Mays, V. M., & Cochran, S. D. (1988). Issues in the perception of AIDS risk and risk reduction by black and hispanic/latino women. *American Psychologist*, 43, 949-957.
- Malow, R.M., Corrigan, S.A., Cunningham, S.C., West, J.A., Pena, J.M. (1993). Psychosocial factors associated with condom use among African-American drug abusers in treatment. *AIDS Education and Prevention*; 5(3), 244-253.
- Malloy, T.E., Fisher, W.A., Albright, L.M., Stephen, JF. (1997). Interpersonal perception of the AIDS risk potential of persons of the opposite sex. *Health Psychology*, 15, 5, 480-486.
- Maman, S., Campbell, J., Sweat, M.D., Gielen, A.C. (2000). The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science & Medicine*, 50, 459-478.
- Maman, S., Mbwambo, J.K., Hogan, N.M., Kilonzo, G.P., et al. (2002). HIV-positive women report more lifetime partner violence: Findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health*. Washington. Vol. 92, Iss. 8, pg.1331-1338.
- Marin, G., & Marin, B.V. (1991). *Research with Hispanic populations*. Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Marin, B., Gomez, C.A., Hearst, N. (1993). Multiple heterosexual partners and condom use among Hispanics and non-Hispanic whites. *Family Planning Perspectives*, 25, 170-174.

- Marin, B.V., Tschann, J.M., Gomez, C.A., & Kegeles, S.M. (1993). Acculturation and gender differences in sexual attitudes and behaviors: Hispanic vs. non-Hispanic white unmarried adults. *American Journal of Public Health*, 83, 1759-1761.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine : Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Maticka-Tyndale, E. (1991). Sexual scripts and AIDS prevention: Variations in adherence to safer-sex guidelines by heterosexual adolescents. *The Journal of Sex Research*. Vol.28, No.1, 45-66.
- McIntyre, T. M. (1994). Psicologia da Saúde: Unidade na diversidade. In T. M. McIntyre (Ed.). *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*, 17-32. Associação dos Psicólogos Portugueses.
- McIntyre, T. M. (1995). Inventário de Comportamento Interpessoal. In Almeida, L.S., Simões, M.R., Gonçalves, M.M. (Eds.): *Provas Psicológicas em Portugal*. I, 193-207. APPORT
- McIntyre, T. M. (1997). A Psicologia da saúde em Portugal na viragem do século. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, volume 2, n.º2, 161-177. Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- McIntyre, T. (2002). *Psicologia da Saúde*. Prova de Agregação, Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Setembro de 2002, 146-160.
- McIntyre, T., Veiga Costa, E., Chorão, I., Pereira G. (2005). Relatório de Avaliação Técnica – Final: Programa ADIS. “Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde nas Mulheres Portuguesas de Risco”. Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA – Ministério da Saúde.
- Meekers & Klein (2001). Understanding Gender Differences in Condom Use Self-Efficacy among Youth in Urban Cameroon. *Population Services International*.
- Miller, J.B. (1991). *Toward a new psychology of women*. Second Edition. Penguin Books.
- Miller, K., Clark, L., & Moore, J.S. (1997). Sexual initiation with older male partners and subsequent HIV risk behavior among female adolescents. *Family Planning Perspectives*, 29, 212-214.
- Milne, S.E., & Orbell, S. (2000). Can Protection Motivation Theory Predict Breast Self-Examination ? A Longitudinal Test Exploring the Role of Previous Behaviour. In: Norman, P., Abraham, C., & Conner, M., eds. *Understanding and Changing*

Health Behaviour: from Health Beliefs to Self-Regulation. Harwood academic publishers. Chapter Three, 51-71.

- Misovich, S.J., Fisher, J.D., Fisher, W.A. (1996). The perceived AIDS-preventive utility of knowing one's partner well: A public health dictum and individual's risky sexual behavior. *The Canadian Journal of Human Sexuality*; 5(2), 83-90.
- Misovich, S.J., Fisher, J.D., Fisher, W.A. (1997). Close relationships and elevated HIV risk behavior: Evidence and possible underlying psychological processes. *Review of General Psychology*; 1(1), 72-107.
- Monnier, J., Cameron, R., Hobfoll, S. & Gribble, J.R. (2002). The Impact of Resource Loss and Critical Incidents on Psychological Functioning in Fire-Emergency Workers: A Pilot Study. *International Journal of Stress Management*, Vol.9, No.1, 11-29.
- Montgomery, S., Joseph, J., Becker, M. et al. (1989). The health belief model in understanding compliance with preventive recommendations for AIDS: How useful? *AIDS Education Prevention*, 1, 303-323.
- Moore, D.J., Atkinson, J.H., Akiskal, H., Gonzalez, R., Wolfson, T., & Grant, I. (2003). Temperament and risky behaviors: a pathway to HIV? *Journal of Affective Disorders*, 1-10.
- Moore, S., & Halford, A. (1999). Barriers to safer sex: Beliefs and attitudes among male and female adult heterosexuals across four relationship groups. *Journal of Health Psychology*, 4, 149-163.
- Moore, J.S., Harrison, J.S., Doll, L.S. (1994). Interventions for Sexually Active Heterosexual Women in the United States. In DiClemente, RJ, & Peterson, JL, eds. *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioural Interventions*. New York: Plenum Press; Chapter 13, 61-78.
- Morokoff, P.J., Mays, V.M., & Coons, H.L. (1997). HIV Infection and AIDS. 273-292.
- Morrison, D.M., Gillmore, M.R., Baker, S.A. (1995). Determinants of condom use among high-risk heterosexual adults: A test of the theory of reasoned action. *Journal of Applied Social Psychology*, 25 (8), 651-676.
- Morrison, D.M., Sharon, A.B., & Gillmore, M.R. (2000). Using The Theory of Reasoned Action to Predict Condom Use Among High-Risk Heterosexual Teens. In Norman, P., Abraham, C. & Conner, M. (Ed.) – *Understanding and Changing*

Health Behaviour: from Health Beliefs to Self-Regulation. Harwood academic publishers. Chapter Two, 27-50.

- Morrison-Beedy, D., Carey, M.P., & Lewis, B.P. (2002). Modeling condom use stage of change in low-income, single, urban women. *Research in Nursing and Health*, 25, 122-134.
- Murphy, D.A., Stein, J.A., Schlenger, W., Maibach, E., NIMH (2001). Conceptualizing the Multidimensional Nature of Self-Efficacy: Assessment of Situational Context and Level of Behavioral Challenge to Maintain Safer Sex. *Health Psychology*. Vol.20, N°.4, 281-290.
- Naranjo, C., & Bremner, K. (1993). Behavioral correlates of alcohol intoxication. *Addiction*, 88, 31-41.
- Neighbors, C.J., O'Leary, A., Labouvie, E. (1999). Domestically violent and non-violent male inmates' evaluations and responses to their partner's requests for condom use: Testing a Social- Information Processing model. *Health Psychology*, 18, 427-431.
- NIAID Factsheet (2000). HIV/AIDS statistics, 2000. Data: 24 de Julho de 2000. Retirado a 27 de Dezembro de 2003 da World Wide Web do site: www.aegis.com.
- NIAID Factsheet (2004). HIV infection in women. Data: 4 de Setembro de 2004. Retirado a 27 de Novembro de 2004 da World Wide Web do site: www.niaid.nih.gov/factsheets/womenhiv.htm.
- Nyamathi, A., Bennett, C., Leake, B., Lewis, C., & Flaskerud, J. (1993). AIDS-related knowledge, perceptions, and behaviors among impoverished minority women. *American Journal of Public Health*, 83, 65-71.
- Nyamanthi AM, Flaskerud J, Bennet C, et al. (1994). Evaluation of two AIDS education programs for impoverished women. *AIDS Education Prevention*; 6(4), 296-309.
- Norris, J., Nurius, P., & Dimeff, L. (1996). Trough her eyes: Factors affecting women's perception of and resistance to acquaintance sexual aggression threat. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 123-145.
- Ogden, J. (1999). Sexo. *Psicologia da Saúde*. Manuais universitários 11 (cap. 8, p.197-229). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ogden, J. (1999). A Psicologia na evolução da doença: VIH, cancro e doença coronária. *Psicologia da Saúde*. Manuais universitários 11 (cap.13, p.305-312). Lisboa: Climepsi Editores.

- O'Leary A. (1999). Preventing HIV infection in heterosexual women: What do we know? What do we need to learn? *Applied Preventive Psychology*; 8: 257-263.
- O'Leary, A. (2000). Women at risk for HIV from a primary partner: Balancing risk and intimacy. *Annual Review of Sex Research*, 11, 191-234.
- O'Leary, A., Ambrose, T., Raffaelli, M., et al. (1998). Effects of an AIDS risk reduction program on sexual risk behavior of low-income STD patients. *AIDS Education Prevention*, 10, 483-492.
- O'Leary, A., Goodhardt, F., Jemmott, L.S., et al. (1992). Predictors of safer sex on the college campus: A social cognitive theory analysis. *Journal of American Coll Health*, 40, 254-263.
- O'Leary, A., & Jemmott, L.S. (1995). Future Directions. In: O'Leary, A, eds. *Women at Risk: Issues in the Primary Prevention of AIDS*. New York: Plenum Press, Chapter 12, 257-259.
- O'Leary A, Jemmott LS. General issues in the prevention of AIDS in women. In: O'Leary A, Jemmott LS, eds. *Women at Risk: Issues in the Primary Prevention of AIDS*. New York: Plenum Press; 1995: 1-12.
- O'Leary A, Jemmott LS, Goodhart F, Gebelt J. (1996). Effects of an institutional AIDS prevention intervention: Moderation by gender. *AIDS Education Prevention*, 8: 49-61.
- O'Leary, A., DiClemente, R.J., Aral, S.O. (1997). Reflections on the design and reporting of STD/HIV behavioral intervention research. *AIDS Education and Prevention*; 9 (A), 1-14.
- O'Leary, A. & Wingood, G. (2000). Interventions for Sexually Active Heterosexual Women. In Peterson & DiClemente (Ed.) – *Handbook of HIV Prevention*. Chapter 9, 179-197.
- Oliva, G., Rienks, J., Udoh, I., Smith, C.D. (2005). A university and community-based organization collaboration to build capacity to develop, implement, and evaluate an innovative HIV prevention intervention for an urban african american population. *AIDS Education and Prevention*; 17(4), 300-316.
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS*. McPherson's Printing Group, Maryborough, Victoria.
- Paone, D., Cooper, H., Alperren, J., Shi, Q., & Des Jarlais, C. (1999). HIV risk behaviors of current sex workers attending syringe exchanges: The experiences of women in five U.S. cities. *AIDS Care*, 11, 269-280.

- Parillo, K.M., Freeman, R.C., Collier, K., Young, P. (2001). Association between early sexual abuse and adult HIV-risky sexual behaviors among community-recruited women. *Child Abuse & Neglect*, 25, 335-346.
- Pearlin, L., Menaghan, E., Lieberman, M. & Mullan, J. (1981). The Stress Process. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol 22, pp.337-356.
- Peixoto, L.M. (1988). *Auto-Estima, nível intelectual e sucesso escolar*. Tese de Mestrado. Unidade de Ciências da Educação. Universidade do Minho.
- Peterson, J.L., Coates, T.J., et al. (1996). Evaluation of an HIV risk reduction intervention among African-American homosexual and bisexual men. *AIDS*, 10, 319-325.
- Peterson, J., DiClemente, R.J. (1994). Lessons learned from behavioral interventions: Cavets, gaps and implications. In: DiClemente RJ, Peterson J, eds. *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. New York: Plenum Press, Chapter 16, 319-322
- Peterson, J.L., & DiClemente, R.J. (2000). *Handbook of HIV Prevention: AIDS prevention and mental health*. Plenum Publishers.
- Pettifor, A.E., Kleinschmidt, I., Levin, J., Rees, H.V., MacPhail, C., Madikizela-Hlongwa, L., Vermaak, K., Napier, G., Stevens, W., Padian, N.S. (2005). A community-based study to examine the effect of a youth HIV prevention intervention on young people aged 15-24 in South Africa: results of the baseline survey. *Tropical Medicine & International Health*; 10(10), 971-980.
- Pivnick, A., Jacobson, A., Eric, K., Doll, L., & Drucker, E. (1994). AIDS, HIV infection and illicit drug use within inner-city families and social networks. *American Journal of Public Health*, 84, 271-273.
- Plitcha, S.B., Weisman, C.S., Nathanson, C.A., et al. (1992). Partner specific condom use among adolescent women clients of a family planned clinic. *Journal of Adolescent Health*, 13:506-511.
- Prochaska, J.O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*; 13(1), 74-51.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*; 47(9), 1102-1114.

- Prochaska J.O., Redding C.A., Harlow L.L., Rossi, J.S., & Velicer, W.F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health Education Quarterly*, 21(4), 471- 486.
- Prochaska J.O., Velicer W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*; 13(1), 39-46.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ramrakha, S., Caspi, A., Dickson, N., Moffit, T.E., Paul, C. (2000). Psychiatric disorders and risky sexual behaviour in young adulthood: cross sectional study in a birth cohort. *BMJ*; 321: 263-266
- Rasch, R., Weisen, C., MacDonald, B., Wechsberg, W., Perrit, R., & Dennis, M. (2000). Patterns of HIV risk and alcohol use among African-American crack abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 259-266.
- Redman, B. K. (1999). AIDS and Sexually Transmitted Disease Education. In *Women's Health Needs in Patient Education*. Springer Series: Focus on Women, Chapter six, 111-129.
- Rees, V., Saitz, R., Horton, N., & Samet, J. (2001). Association of alcohol consumption with HIV sex and drug risk behaviors among drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 129-134.
- Resnick, HS, Kilpatrick, DG, Dansky, BS, Saunders, BE, & Best, CL. (1993). Prevalence of Civilian Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in a Representative National Sample of Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol.61, No.6, 984-991. APA
- Rodin, J., Ickovics, J.R. (1990). Women's Health: Review and research agenda as we approach the 21st century. *American Psychologist*. Vol.45 (9), 1018-1034.
- Roper WL, Peterson HB, Curran JW. Commentary: Condoms and HIV/STD prevention – clarifying the message. *American Journal of Public Health* 1993; 83: 501-503.
- Rose, M.A. (1996). Effect of an AIDS education program for older adults. *Journal of Community Health Nursing*, 13 (3), 141-148.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Rosenberg, Morris (1986). *Conceiving the Self*. Krieger: Malabar, FL.

- Rosenstock, I.M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. Vol. 44, n. 3, 94-127.
- Rosenstock, I.M., Stretcher, V.J., Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 13 (2), 175-183.
- Rosenstock, I.M., Stretcher, V.J., & Becker, M.H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In R. J. DiClemente & J.L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theory and methods of behavioral interventions* (pp. 5-25). New York: Plenum.
- Rothenberg, K., & Paskey, S. (1995). The risk of domestic violence and women with HIV infection: Implications for partner notification, public policy, and the law. *American Journal of Public Health*, 85, 1569-1576.
- Rotheram-Borus, M.J., Fedman, J., Rosário, M. & Dunne, E. (1994). Preventing HIV among runaways: Victims and victimization. In: R. J. DiClemente & J. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theory and methods of behavioral interventions* (pp.175-188). New York: Plenum.
- Rubin, M. (1993). *SIDA e Outras Doenças de Transmissão Sexual*. Edição Livros do Brasil. Lisboa
- Rural Center for AIDS/STD Prevention (1995). HIV/AIDS. Data: 2 de Dezembro de 2003. Retirado a 27 de Dezembro de 2003 da World Wide Web do site: www.indiana.edu.
- Rivers, K. & Aggleton, P. (2000). HIV Prevention in Industrialized Countries. In Peterson & DiClemente (Ed.) – *Handbook of HIV Prevention*. Chapter 13, 245-260.
- Roper, W.L., Peterson, H.B., & Curran, J.W. (1993). Commentary: Condoms and HIV/STD Prevention – Clarifying the Message. *American Journal of Public Health*, Vol. 83, No. 4.
- Sappington, A.A. (2000). Childhood abuse as a possible locus for early intervention into problems of violence and psychotherapy. *Aggression and Violent Behavior*, Vol.5, No.3, pp.225-266.
- Saul, J., Norris, F., Bartholow, K., Dixon, D., Peters, M., & Moore, J. (2000). Heterosexual risk for HIV among Puerto Rican women: Does Power influence self-protective behavior? *AIDS and Behavior*, 4, 361-371.

- Schaffer S. D. (1998). Women and HIV. In *Women's Health: A Primary Care Clinical Guide*, 1998; Eds: Ellis Quinn Youngkin and Marcia Szmania Davis, Second edition Chapter 12 (301-312) – Appleton & Lange.
- Schilling, R.F., El-Bassel, N., Ivanoff, A., Gilbert, L., Su, K.H., & Safyer, S.M. (1994). Sexual risk behaviors of incarcerated, drug-using women. *Public Health Reports*, 109, 539-547.
- Schilling, R.F., El-Bassel, N., Schinke, S.P., et al. (1991). Building skills of recovering women drug users to reduce heterosexual AIDS transmission. *Public Health Report*, 106, 297-304.
- Schroder, K.E., Hobfoll, S.E., & Jackson (2001). Proximal and Distal Predictors of AIDS Risk Behaviours among Inner-city African and European American Women. *Journal of Health Psychology*, SAGE Publications, Vol 6(2) 169-190.
- Schumacher, J.A., Feldbau-Kohn, S., Slep, A.M.S., Heyman, R.E. (2001). Risk factors for male-to-female partner physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 281-352.
- Schwarzer, R., & Scholz, U. (2000). *Cross-cultural assessment of coping resources: The General Perceived Self-Efficacy Scale*. Paper presented at the Asian Congress of Health Psychology, 2000: Health Psychology and Culture, Tokyo, Japan, August 28-29.
- Schwarzer, R., BaBler, J., Kwiatek, P., Schroder, K., & Zang, J. X. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy scale. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 69-88.
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20, 379-403.
- Semaan, S., Lauby, J., O'Connell, A. A., & Cohen, A. (2003). Factors Associated with Perceptions of and Decisional Balance for, Condom Use with Main Partner Among Women at Risk for HIV Infection. *Women & Health*. Old Westbury: Vol.37, Iss.3, p.53.
- Simon, P., Thometz, E., Bunch, J., Sorvillo, F., Detels, R., & Kerndt, P. (1999). Prevalence of unprotected sex among men with AIDS in Los Angeles county, California. 1995-1997, *AIDS*, 13, 987-990.
- Simoni, J.M., Ng, M.T. (2002). Abuse, Health Locus of Control, and Perceived Health Among HIV- Positive Women. *Health Psychology*, Vol.21, No.1, 89-93.

- Seal, A., Minichiello, V., Omodei, M. (1997). Young women's sexual risk taking behavior: re-visiting the influences of sexual self-efficacy and sexual self-esteem. *International Journal of STD and AIDS*; 8, 159-165.
- Seidman, S., Mosher, W., Aral, S. (1992). Women with multiple sexual partners: United States, 1988. *American Journal of Public Health*; 82 (10): 1388-1394.
- Seligson, M.R., Bernas, R.J. (1997). Battered Women and AIDS: assessment and treatment from a psychosocial-educational perspective. *Psychotherapy*, Vol.34, No.4.
- Shain, R.N., Piper, J.M., Newton, E.R., et al. (1999). A randomized, controlled trial of a behavioral intervention to prevent sexually transmitted disease among minority women. *The New England Journal of Medicine*; 340(2), 93 – 100.
- Sheeran, P., Abraham, C., Orbell, S. (1999). Psychosocial Correlates of Heterosexual Condom Use: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, Vol.125, No1, 90-132.
- Sikkema, K., Heckman, T., Kelly, J., Anderson, E., Winett, R., Solomon, L., et al. (1996). HIV risk behaviors among women living in low-income, inner-city housing developments. *American Journal of Public Health*, 86, 1123-1128.
- Sikkema K.J., Kelly, J.S., Winnett R.A., et al. (2000). Outcomes of a randomized community-level HIV prevention intervention for women living in 18 low-income housing developments. *American Journal of Public Health*; 90(1), 57-63.
- Singh, S., Thappa, D., Jaisankar, T., & Sujatha, S. (2000). Sexual co-transmission of HIV, hepatitis B, and hepatitis C viruses. *Sexually Transmitted Infections*, 76, 317.
- Sly, D., Quadagno, D., Harrison, D., Eberstein, I., & Riehman, K. (1997). The association between substance use, condom use, and sexual risk among low income women. *Family Planning Perspectives*, 29, 132-137.
- Smereck, G., & Hockman, E. (1998). Prevalence of HIV infection and HIV risk behaviors associated with living place: On-the-street homeless drug users as a special target population for public health intervention. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24, 299-319.
- Soet, J. E., Dudley, W. N., Dilorio, C. (1999). The effects of ethnicity and perceived power on women's sexual behavior. *Psychology of Women Quarterly*. Vol.23 (4), 707-723.

- Somlai, A.M., Kelly, J.A., Heckman, T.G., Hackl, K., Runge, L., & Wright, C. (2000). Life Optimism, substance use, and AIDS specific attitudes associated with high risk behaviour among disadvantaged innercity women. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, Vol 9, N.º10, 1101-1111.
- Soper, DE, Shoupe, D, Shangold, GA, Shangold, MM, Gutmann, J, & Mercer, L. (1993). Prevention of vaginal trichomoniasis by compliant use of the female condom. *Sexually Transmitted Diseases*, 20, 137-139.
- Straub, R.O. (2002). HIV and AIDS. *Health Psychology*; Chapter 11 (p.460-499). Worth Publishers.
- St. Lawrence, J.S., Brasfield, T.L., Jefferson, K.W., et al. (1995). Cognitive-behavioral intervention to reduce African-American adolescents' risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; vol.63, n.2, 221-237.
- St. Lawrence, J.S., Eldridge, G.D., Reidman, D., et al. (1998). Factors influencing condom use among African American women: Implications for risk reduction interventions. *American Journal of Community Psychology*, 26, 7-28.
- St. Lawrence, J.S., Wilson, T.E., Eldridge, G.D., Brasfield, T.L., O'Bannon III (2001). Community-based interventions to reduce low income, African American women's risk of sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial of three theoretical models. *American Journal of Community Psychology*, 29(6), 937-964.
- Sutton, S. (2000). A Critical Review of the Transtheoretical Model Applied to Smoking Cessation. In Norman, P., Abraham, C. & Conner, M. (Ed.) – *Understanding and Changing Health Behaviour: from Health Beliefs to Self-Regulation*. Harwood academic publishers. Chapter Ten, 207-225.
- Teixeira, J.C. (1993). *Psicologia da saúde e SIDA*. Lisboa: ISPA.
- Teixeira, J.C. (1996). A SIDA no feminino do plural. As mulheres e a infecção pelo VIH. *Análise Psicológica*, 2/3 (série XIV), 367-36.
- Terry, D., Gallais, C., McCamish, M. (1993). *The Theory of Reasoned Action: It's Application to AIDS-Preventive Behavior*. Oxford, England: Pergamon Press.
- Testa, M., & Parks, K. (1996). The role of women's alcohol consumption in sexual victimization. *Aggression and Violent Behavior*, 1, 217-234.
- The National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial Group (1998, June 19). The NIMH Multisite HIV Prevention Trial: Reducing HIV sexual risk behavior. *Science*, 280: 1889-1894.

- The National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial Group (2001). Social-Cognitive Theory Mediators of Behavior Change in the National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial; *Health Psychology*. Vol.20, No.5, 369-376.
- Theall, K.A., Sterk, C.E., Elifson, K.W. (2003). Male condom use by type of relationship following an HIV intervention among who use illegal drugs. *Journal of Drug Issues*. Tallahassee. Vol.33, Iss.1; pg. 1, 27.
- Tortu, S., Beardsley, M., Deren, S., Williams, M., McCoy, H.V., Stark, M., Estrada, A., Goldstein, M. (2000). HIV infection and patterns of risk among women drug injectors and crack users in low and high sero-prevalence sites. *AIDS CARE*, vol.12, n.1, 65-76.
- Tschann, J.M., Adler, N.E., Millstein, S.G., Gurvey, J.E., & Ellen, J.M. (2002). Relative power between sexual partners and condom use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, Vol 31, 17-25.
- Turmen, T. (2003). Gender and HIV/AIDS. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82, 411-418.
- UNAIDS (1997). Women and AIDS, UNAIDS point of view. Data: 20 de Dezembro de 1997. Retirado a 20 de Março de 2004 da World Wide Web do site: www.unaids.org.
- UNAIDS (2003). Global Summary of the HIV/AIDS Epidemic (December, 2003). Data: 27 de Dezembro de 2003. Retirado a 20 de Março de 2004 da World Wide Web do site: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact186.html> www.unaids.org
- Wang, C., & Dekker, M. (1993). Women and love: A case study in qualitative/quantitative analysis. In: C. Wang & M. Dekker (Eds.). *Sense and Nonsense of Statistical Inference*. Chapter 4, 172-180.
- Weinhardt, L.M., Carey, M.P., Carey, K.B. (1997). HIV risk reduction for the seriously mentally ill: Pilot investigation and call for research. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychology*; 28(2): 87-95.
- Weissman, M.M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77, 445-451.
- Weissman, G., & Brown, V. (1995). Drug using women and HIV: Access to care issues. In A. O'Leary & L. S. Jemmott (Eds.). *Women and AIDS: Coping and care*. Chapter 8, 175-190. New York: Plenum Press.

- Wells, J., Hobfoll, S., Lavin, J. (1999). Whem it Rains, It pours: The Greater Impact of Resource Loss Compared to Gain on Psychological Distress. *PSPB*, Vol. 25, No.9, pp.1172- 1182.
- Wells, L. & Gerald M. (1976). *Self-Esteem: Its conceptualization and Measurement*. Beverly Hills: Sage.
- WHO (2002). *Sexually Transmitted Diseases, Women and STD, Young people and STD*. WHO information, Fact Sheets. Data: 24 de Julho de 2002. Retirado a 27 de Dezembro de 2003 da World Wide Web do site: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact186.html>
- WHO (2002). Integrating gender into HIV/AIDS programmes, review paper for expert consultation 3-5 June 2002. Geneva: WHO, 2002.
- WHO (2002). *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. World Health Organization. Data: 24 de Julho de 2002. Retirado a 27 de Dezembro de 2003 da World Wide Web do site: <http://www.who.int/reproductive-health>
- Wilson, H. M.(2003). Predictors of risky and precautionary sexual behaviors among single and married white women. *Journal of Applied Social Psychology*. Vol. 33, Iss. 4, pg.791.
- Wilson, D.J., Lavelle, S., Hood, R. (1990). Health knowledge and beliefs as predictors of intended condom use among Zimbabwean adolescents in probation/remand homes. *AIDS Care*, 2, 267-274.
- Wilson, D., Manual, A., Lavelle, S. (1991). Psychological Predictors of Condom Use to Prevent HIV Transmission Among Zimbabwean Students. *International Journal of Psychology*, 26 (6), 705-721.
- Wingood, G.M. & DiClemente, R.J. (1997a). Child sexual abuse, HIV sexual risk and gender relations of African-American women. *American Journal of Preventive Medicine*, 13 (5), 380-384
- Wingood, G.M. & DiClemente, R.J. (1997b). The effects of an abusive primary partner on the condom use and sexual negotiation practices of African-American women. *American Journal of Public Health*, 1997, 87, 1016-1018.
- Wingood, G.M. & DiClemente, R.J. (1998a). The influence of psychosocial factors, alcohol, drug use on African-American women's high-risk sexual behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 54-59.

- Wingood, G.M. & DiClemente, R.J. (1998b). Partner influences and gender-related factors associated with noncondom use among young adult African-American women. *American Journal of Community Psychology*, 26, 29–51.
- Wingood, G.M. & DiClemente, R.J. (1998c). Rape among African-American women: Sexual, psychological, and social correlates predisposing survivors to HIV infection. *Journal of Women's Health*, 7, 77-84.
- Wingood GM, DiClemente RJ (1998d). Gender related correlates and predictors of consistent condom use among African American women: A prospective analysis. *International Journal of STD & AIDS*; 9:139-145.
- Wingood, G., & DiClemente, R. (1998e). The influence of psychosocial factors, alcohol, and drug use on African-American women's high risk sexual behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 54-59.
- Wingood GM, DiClemente RJ (2002). The Theory of Gender and Power: A Social Structural Theory for Guiding Public Health Interventions. In DiClemente RJ, Crosby RA, Kegler MC (Eds). *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health*. Chapter 12, 313-346. Jossey Bass, San Francisco, CA.
- Wyatt, G.E., Myers, H.F., Williams, J.K., Kitchen, C.R., et al. (2002). Does a history of trauma contribute to HIV risk for women of color? Implications for prevention and policy. *American Journal of Public Health*. Washington. Vol.92, Iss.4, pg.660-665.
- Wulfert, E., Wan, C.K. (1993). Condom use: A self-efficacy model. *Health Psychology*, 12, 346-353.
- Valdisseri, R.O. (2000). *Technology Transfer: Achieving the Promise of HIV Prevention*. In Peterson, J., & DiClemente, R. (Ed.), *Handbook of HIV Prevention*. Chapter 14, 267-281.
- Valdiserri, R.O., Arena, V.C., Proctor, D., & Bonati, F.A. (1989). The relationship between women's attitudes about condoms and their use: Implications for condom promotion programs. *American Journal of Public Health*, 79, 499-501.